FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

THESE

DO

Dr. Antéro Dutra de Moraes

1883

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE OBSTETRICIA

DYSTOCIA FETAL

PROPOSIÇÕES

Cadeira de pharmacologia — Das quinas chimico-pharmacologicamente consideradas

Cadeira de anatomia topographica e medicina operatoria experimental — Estudo critico dos tratamentos reclamados pelos tumores do seio

Cadeira de pathologia medica — Febre remittente biliosa

THESE

APRESENTADA

A' FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

EM 24 DE SETEMBRO DE 1883

E

PERANTE ELLA SUSTENTADA A 12 DE DEZEMBRO DO MESMO ANNO

POR

Antéro Dutra de Moraes

DOUTOR EM MEDICINA PELA MESMA FACULDADE

Natural da provincia de Minas-Geraes

FILHO LEGITIMO DE

Manoel Dutra de Moraes e de D. Querobina Firminiana de Moraes

RIO DE JANEIRO

Typ. CENTRAL, de Evaristo Rodrigues da Costa

7 TRAVESSA DO OUVIDOR 7

1883

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR

CONSELHEIRO DR. VICENTE CANDIDO FIGUEIRA DE SABOIA

VICE-DIRECTOR

CONSELHEIRO ANTONIO CORREIA DE SOUZA COSTA

SECRETARIO

DR. CARLOS FERREIRA DE SOUZA FERNANDES

LENTES CATHEDRATICOS

Drs. :

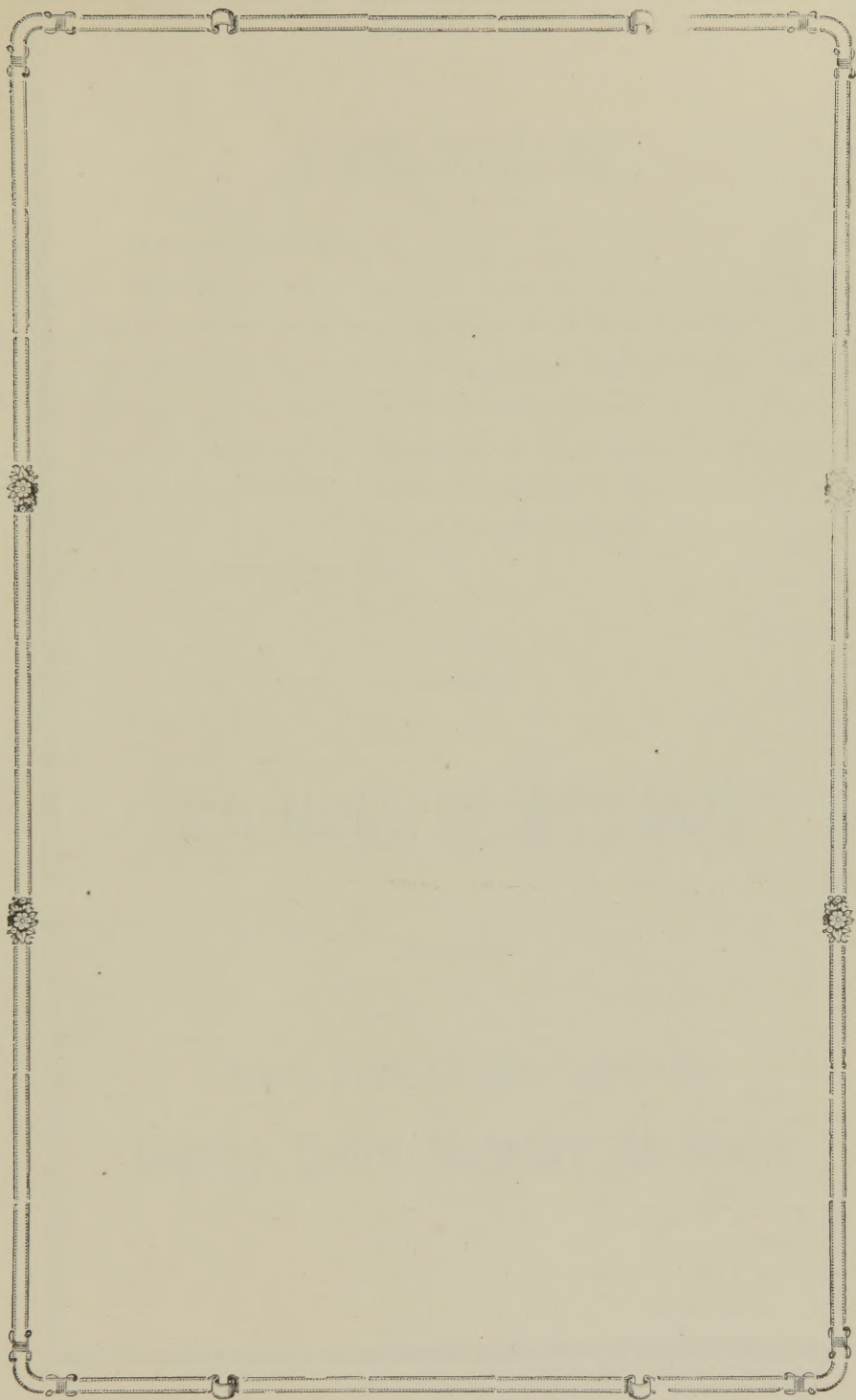
João Martins Teixeira	Physica medica.
Conselheiro Manoel Maria de Moraes e Valle	Chimica medica e mineralogia.
João Joaquim Pizarro	Botanica medica e zoologia.
José Pereira Guimarães	Anatomia descriptiva.
Conselheiro Barão de Maceió	Histologia theorica e pratica.
Domingos José Freire Junior	Chimica organica e biologica.
João Baptista Kossuth Vinelli	Physiologia theorica e experimental.
João José da Silva	Pathologia geral.
Cypriano de Souza Freitas	Anatomia e physiologia pathologicas.
João Damasceno Peçanha da Silva	Pathologia medica.
Pedro Affonso de Carvalho Franco	Pathologia cirurgica.
Conselheiro Albino Rodrigues de Alvarenga	Materia medica e therapeutica, especialmente brasileira.
Luiz da Cunha Feijó Junior. (PRES.)	Obstetricia.
Claudio Velho da Motta Maia. (EXAM.)	Anatomia topographica, medicina operatoria experimental, apparelhos e pequena cirurgia
Conselheiro Antonio Correia de Souza Costa	Hygiene e historia da medicina.
Conselheiro Ezequiel Correia dos Santos	Pharmacologia e arte de formular.
Agostinho José de Souza Lima	Medicina legal e toxicologia.
Conselheiro João Vicente Torres Homem Domingos de Almeida Martins Costa	Clinica medica de adultos.
Cons. Vicente Candido Figueira de Saboia João da Costa Lima e Castro. (EXAM.)	Clinica cirurgica de adultos.
Hilario Soares de Gouveia	Clinica ophtalmologica.
Erico Marinho da Gama Coelho	Clinica obstetrica e gynecologica.
Candido Barata Ribeiro. (EXAM.)	Clinica medica e cirurgica de crianças.
João Pizarro Gabizo	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
João Carlos Teixeira Brandão	Clinica psychiatrica.

LENTES SUBSTITUTOS SERVINDO DE ADJUNTOS

Augusto Ferreira dos Santos	Clinica medica e mineralogia.
Antonio Caetano de Almeida	Anatomia topographica, medicina operatoria experimental, apparelhos e pequena cirurgia.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro. (EXAM.)	Anatomia descriptiva.
Nuno Ferreira de Andrade	Hygiene e historia da medicina.
José Benicio de Abreu	Materia medica e therapeutica, especialmente brasileira.

ADJUNTOS

José Maria Teixeira	Phisica medica.
Francisco Ribeiro de Mendonça	Botanica medica e zoologia.
....	Histologia theorica e pratica.
Arthur Fernandes Campos da Paz	Chimica organica e biologica.
....	Physiologia theorica e experimental.
Luiz Ribeiro de Souza Fontes	Anatomia e physiologia pathologicas.
....	Pharmacologia e arte de formular.
Henrique Ladislau de Souza Lopes	Medicina legal e toxicologia.
Francisco de Castro Eduardo Augusto de Menezes Bernardo Alves Pereira Barlos Rodrigues de Vasconcellos	Clinica medica de adultos.
Ernesto de Freitas Crissiuma Francisco de Paula Valladares Pedro Severiano de Magalhães Domingos de Góes e Vasconcellos	Clinica cirurgica de adultos.
Pedro Paulo de Carvalho	Clinica obstetrica e gynecologica.
José Joaquim Pereira de Souza	Clinica medica e cirurgica de crianças.
Luiz da Costa Chaves de Faria	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
Carlos Amazonio Ferreira Penna	Clinica ophthalmologica.
....	Clinica psychiatrica.

N. B.— A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

A' minha adorada Mãi

O que hei de vos dizer, minha mãe ?

Se as lagrimas são o espelho de nossa alma; se as lagrimas dão idéa da grandeza moral de um individuo; se as lagrimas contêm qualquer cousa de divino, recebei as minhas, porque emanam do coração do vosso filho, que conserva indelevel a vosssa memoria.

E já que não podeis abraçar-me, de lá da mansão celeste onde gozaes a bemaventurança eterna, abençôai-me e sêde o meu guia, a estrella que conduz á felicidade, ao caminho da virtude.

Adeus, minha mãe, adeus.

AOS MANES DE MEUS AVOS

Á MEMORIA DE MEU PADRINHO E INTIMO AMIGO

Capitão Pedro Monteiro de Souza

AO MEU BOM PAE

Manoel Dutra de Moraes

O trabalho, que hoje deposito em vossas mãos, symbolisa o esforço que não poupei para corresponder aos vossos maiores desejos, ás vossas nobres aspirações.

Nas diversas phases de minha vida escolastica, em qualquer emergencia em que me achei, sempre tivestes palavras, quer de felicitação nos dias em que a alegria e a felicidade me sorriam, quer de animação nos dias em que o desgosto vinha de ferir-me e a descrença assomava ao meu rosto.

Além disto, os sacrificios que fizestes, a luta renhida que sustentastes para collocar-me nesta possição, dão prova cabal e eloquente de vossos sentimentos filiaes: e eu que nada tenho para retribuir-vos, offereço-vos este meu humilde trabalho, que, se contém alguns louros, só pertence á vós e á vós sómente.

A' minha madrasta

D. MARIANNA BRAZILINA DE MORAES

O procedimento que tendes tido para com vossos filhos adoptivos, impõe-me o dever de tornar patente a minha gratidão e o meu respeito.

A's minhas Avós

D. MARIA ANTONIA CLAUDIANA DE MORAES
D. THEREZA FIRMINIANA TOSTES

Veneração e respeito.

A' minhas queridas Irmãs

D. MARIA ROZALINA HENRIQUES
D. AMELIA FIRMINIANA DE MORAES
D. JOSEPHINA FIRMINIANA DE MORAES
D. AMBROSINA FIRMINIANA DE MORAES
D. LAURA FIRMINIANA DE MORAES
D. QUEROBINA FIRMINIANA DE MORAES

Ao meu prezado Irmão

ANTENOR DUTRA DE MORAES

Aos meus Cunhados

ROZENDO JOSÉ HENRIQUES
ADOLPHO GOMES DE MORAES

Amizade sincera.

Ao meu Tio e intimo amigo

CANDIDO DUTRA DE MORAES

Consenti que eu desfolhe sobre vossa cabeça algumas flôres colhidas em minha vida academica.

São singellas, mas traduzem amizade imperecivel e gratidão eterna.

A's minhas Tias

D. MARIA AUGUSTA TOSTES
D. BRAZILINA MARCELLINA DE MORAES
D. MARIA GERTRUDES TOSTES
D. AMELIA ROZALINA DE MORAES
D. RITA MARCELLINA DE MORAES
D. ERMELINDA FIRMINIANA DE MORAES

Respeito e amizade.

A'S MINHAS PRIMAS

Aos meus Tios

JOSÉ DUTRA DE MORAES
CARLOS DUTRA DE MORAES
MARCELLINO DIAS TOSTES
JOSÉ AUGUSTO TOSTES
DR. FRANCISCO JOSÉ HENRIQUES
MARIANO DUTRA DE MORAES
ERNESTO DUTRA DE MORAES
FRANCISCO JOSÉ DE ALVARENGA
HONORIO TEIXEIRA TOSTES
FRANCISCO IGNACIO DE ANDRADE GOULART

Amizade.

Aos meus correspondentes

HENRIQUE DAS CHAGAS ANDRADE
COMMENDADOR CARLOS EDUARDO DUPRAT
CARLOS JUSTINIANO DAS CHAGAS

A distincção com que sempre me tratastes, a amizade que me dispensastes, dão-me o direito de inscrever os vossos nomes entre aquelles que mais estimo e respeito. É simples esta prova de reconhecimento, mas é expontanea e sincera.

Á Exma. Sra.

D. JULIA EICHEMBERG

Homenagem á virtude e ao talento.

Á Exma. Sra.

D. ELIZA LEOPOLDINA DE ALVARENGA

Amizade, respeito e gratidão.

Aos meus primos

AMERICO DIAS TOSTES
ALVARO AUGUSTO TOSTES
JOSÉ CESARIO HENRIQUES
CARLOS DUTRA DE MORAES JUNIOR
ANTONIO DUTRA DE MORAES
VIRGILIO DUTRA DE MORAES
ALFREDO EUGENIO TOSTES
OLYMPIO MACHADO DE SANT'ANNA
AUGUSTO CANDIDO DE CAMPOS
FIRMINO DIAS TOSTES
FRANKLIN CAMILLO DE CAMPOS
FRANCISCO AUGUSTO DUARTE
JOSÉ CARLOS DUARTE
JOSÉ REGINALDO DE SOUZA MEIRELLES
JOSÉ XAVIER FERREIRA
CARLOS JOSÉ DUARTE JUNIOR

Aos meus distinctos amigos e collegas

Os Srs. Drs.:

JOVIANO JOSÉ TAVARES
FRANCISCO DA COSTA PEREIRA SANTOS
CHRISPIM DE ASSIS PEREIRA
MODESTO AUGUSTO CALDEIRA
CARLOS DA SILVA FORTES
JOÃO NOGUEIRA PENIDO FILHO
FRANCISCO JUSTINIANO DAS CHAGAS

Aos meus amigos

MANOEL GERVASIO DA SILVA FIALHO
JANUARIO GERVASIO DA SILVA FIALHO
JULIO EQUI
JORGE PENCHEL
HERMENEGILDO PEREIRA GUIMARÃES
ALFREDO ANTONIO DE AMORIM
JOÃO JOSÉ RIBEIRO JUNIOR
RAYMUNDO DUPRAT
JOSÉ LUIZ DE QUEIROZ NOGUEIRA
JOAQUIM JOSÉ TAVARES
EMILIO DE MOURA COSTA

Aos Srs. Drs.

LINDOLPHO FERREIRA LAGE
FRANCISCO DE SALLES CARDOSO
NECESIO JOSÉ TAVARES

Amizade.

A' MEMORIA DE MEU DISTINCTO COLLEGA

FRANCISCO IGNACIO DA SILVA PINTO

Saudades.

Aos amigos de minha familia

AOS MEUS MESTRES

Aos doutorandos de 1884

Felicidades.

DISSERTAÇÃO

DISSERTAÇÃO

DYSTOCIA FETAL

DYSTOCIA, SEU FIM E DIVISÃO

Designa-se sob o nome de *dystocia* o conjuncto de causas que possam difficultar o parto e mesmo impedil-o, e que exigem por conseguinte a intervenção mais ou menos energica da arte.

Por esta simples difinição, comprehende-se a magnitude e importancia do assumpto, que tem merecido da parte de notaveis parteiros toda a attenção e cuidado, que reflectem-se na resolução de certas questões, á que estão ligados os interesses vitaes da mãi e do filho.

Sendo o parto uma funcção natural, que se exerce exclusivamente debaixo da acção das potencias do organismo, o estudo dos poucos casos que se afastam desta regra, constitue uma questão complicada, é verdade, mas que convenientemente tratada e elucidada symbolisa uma victoria da cirurgia e representa uma alavanca poderosa nos arsenaes da therapeutica, cujo fim caracterisa os sentimentos da classe medica, sempre nobre, humanitaria e grandiosa em seus emprehendimentos.

As causas das difficuldades, embaraços e perigos do parto residem ora nos orgãos maternos, ora no feto; e debaixo deste ponto de vista podemos estabelecer a seguinte divisão: 1º Dystocia materna; 2º Dystocia fetal. Da primeira nada diremos, passando a nos occupar da segunda. Esta póde ser devida aos annexos do feto ou ao proprio feto, donde uma segunda divisão: 1º Dystocia devida aos annexos—cordão e placenta; 2º Dystocia devida ao proprio feto. Estas duas especies de dystocia fetal differem-se pelas suas causas e meios operatorios empregados, e por isso a distincção é justa e bem cabida.

É naturalmente a dystocia devida ao proprio feto, que constitue o objecto de nosso trabalho, e cujo estudo vamos encetar, tratando primeiramente da divisão de suas causas.

DYSTOCIA DEVIDA AO PROPRIO FETO

Em sua these de concurso, Joulin divide as causas de dystocia provindo do feto em 11 classes: 1º, excesso de volume do feto sem alterações morbidas; 2º, excesso de volume por desenvolvimento pathologico; 3º, apresentações e posições viciosas; 4º, procidencia ou direcção viciosa dos membros; 5º, inclusões parasitarias; 6º, fetos multiplos isolados ou adherentes; 7º, erro de logar no desenvolvimento do feto (gravidez extra-uterina); 8º, reunião ou fusão de uma parte do feto com o utero ou com os annexos; 9º, disformidades do feto; 10º, rupturas e lesões produzidas pelo feto; 11º, tumores desenvolvidos sobre o feto. Como se vê, esta divisão tem a desvantagem de ser muito extensa, separando algumas causas de dystocia em classes distinctas, quando podiam se incorporar á uma só, sem que dessa conducta

proviesse inconveniente algum. Em sua novissima obra sobre partos, Charpentier apresenta uma divisão que simplifica notavelmente a de Joulin e que adoptaremos, afastando apenas della na classe intitulada — Monstruosidades — em que colloca as lesões devidas á reunião ou fusão de uma parte do feto com a madre, cuja discripção achamos mais cabida na classe denominada — excesso de volume por desenvolvimento pathologico ou molestias fetaes.

Eil-a: 1º, excesso de volume sem alteração morbida; 2º, excesso de volume por desenvolvimento pathologico; 3º, apresentações e posições viciosas; 4º, procidencia ou direcção viciosa dos membros; 5º, gravidez gemea; 6º, gravidez extra-uterina; 7º, monstruosidades; 8º, rupturas e lesões produzidas pelo feto.

1ª classe. — Excesso de volume sem alteração morbida

Esta causa de dystocia, que se traduz pelo excesso de volume physiologico do feto, é rara, mas factos existem consignados na sciencia que attestam a sua existencia e que com todo o escrupulo foram colhidos pelos autores, que com o seu testemunho dão-lhe todo o cunho de authenticidade. Póde ser parcial ou geral. Parcial quando a cabeça é a unica parte augmentada de volume, geral, quando toda a superficie do corpo offerece um desenvolvimento excessivo.

A essa classe ainda pertence um phenomeno apontado por Levret e bem estudado por Jacquemier, o volume exagerado das espaduas.

Convém, pois, para o estudo, tratar de cada uma dessas causas de dystocia de per si, fazendo sobresahir todos os elementos de diagnostico e o tratamento mais adquado.

I. — Excesso de volume da cabeça

Conhecida desde muito dos allemães, cabe ao professor Joulin a gloria de ter vulgarisado em França esta causa de dystocia. É nimiamente rara e não poucos autores notaveis tem contestado a sua existencia e mesmo negado a authenticidade dos factos até hoje conhecidos.

Seja como fôr, os compendios de partos della se occupam e indicam os meios de tratamento.

O volume excessivo da cabeça póde, entretanto, não ser causa de dystocia e esta circumstancia favoravel se dará todas as vezes que os ossos do craneo gozarem de certa mobilidade, que lhes permitta o cavalgamento de uns sobre os outros e por conseguinte a reducção de volume da cabeça. Mas quando esses ossos forem espessos ou acharem-se solidificados, comprehende-se que tal reducção não é obtida sem que intervenha a arte.

O phenomeno da ossificação, ou se faz sómente entre os diversos ossos da cabeça, ou é devida á interposição de ossos wormios, que se desenvolvem nas suturas e fontanellas.

Saxtorph, em cabeças volumosas com um afastamento consideravel das fontanellas e suturas, encontrou ossos wormios de dimensões variaveis. Em alguns casos, elles attingiam na fontanella anterior, polegada e meia de extensão sobre uma de largura, e na fontanella posterior, meia pollegada de extensão sobre um quarto de largura.

Lower cita facto identico, em que o parto terminou pela morte da mãi e do filho. Voigtel, Gæden, Hohl, etc., registram observações da mesma natureza.

Sobre a espessura dos ossos, Joulin consigna em sua these os resultados colhidos de sua experiencia. Em algumas cabeças de fetos em termo, a força a empregar nem sempre era a mesma, não havendo differença de volume e sendo iguaes os diametros das fontanellas. Se em umas empregava força igual á 30 kilogrammas, em outras, para obter o mesmo gráo de reducção, era obrigado á empregar força equivalente á 32 ou 35 kilogrammas.

Joulin explica este excesso de força empregado pela maior espessura dos ossos, que pouco se prestam ao cavalgamento; e para confirmar sua opinião refere certos factos, que pertencem á Mauriceau, Delamotte, Hericé Legros e Allen e nos quaes o craneo era redondo, os ossos duros, espessados e hypertrophiados.

O diagnostico exacto desta causa de dystocia é quasi que impossivel.

O volume do feto não póde ser apreciado quando se acha na cavidade uterina e o pratico que certifica o embaraço do trabalho em uma bacia parecendo bem conformada, se dicidirá provavelmente á intervir antes que a verdadeira causa de dystocia seja conhecida. Elle empregará o forceps ou cephalotribo, segundo as difficuldades que o volume do craneo apresentar á extracção. (Joulin).

A versão é contraindicada.

II.—Excesso total de volume

Os casos de fetos excessivamente desenvolvidos são raros e as observações em grande parte citadas pelos autores são, diz Charpentier, apocryphas; mas algumas ha que tem todos os caracteres de authenticidade e nestes casos o volume exagerado do feto constitue uma verdadeira causa de dystocia.

Entre estes, Charpentier cita os seguintes: o de Crantz em que o feto pesava 23 libras; de Caseaux e Riembault, 18 libras;

de Depaul, 12; Ramboathan, 16; de Oæens, 17 libras 275; de Flamim, 14 libras 250; de Martin, 14 libras 470 grammas. Charpentier cita dous factos que lhe pertencem, fazendo notar que as duas mulheres eram multiparas.

E segundo Hecker, Veit e Frankenhauser, o peso do feto augmenta com o numero de partos anteriores, opinião esta aceita e confirmada por Charpentier. No caso que pertence á este illustrado professor, a mulher era multipara e havia dado á luz sete filhos do sexo masculino, que nasciam cada vez mais volumosos. E os partos, accrescenta elle, eram tardios, parecendo prolongar-se além do termo normal.

Por seu turno, Wernich liga sob este ponto de vista muita importancia a idade da mulher e como faz notar Schrœder, se a idade e o numero de partos anteriores produzem este resultado, quando estas duas condições co-existirem, póde-se á *priori* affirmar que os filhos nascerão volumosos. Wernich vai mais longe e com factos de sua observação determina a época em que os fetos adquirem maior desenvolvimento. É aos 24 a 25 annos de idade da mãi que o primeiro filho nasce com o mais completo desenvolcimento; o segundo nasce aos 27; o terceiro aos 29; o quarto aos 31 e o quinto aos 34 ou 35 annos.

Além dessa época, o augmento de peso depende principalmente do sexo, que tem notavel influencia. Assim, se a um feto do sexo feminino succede um do sexo masculino, o peso augmentará; e no caso contrario, o do sexo feminino terá menor desenvolvimento do que o precedente, isto é, o do sexo masculino.

Clarke e Sympson tambem certificaram grande differença entre os dous sexos, mas exageraram os perigos porque passam as mulheres quando o producto da concepção é do sexo masculino. Hecker e Schrœder confirmam esta differença, mas em grão menos consideraval, e de suas pesquisas resultam os algarismos seguintes, como média para augmento dos fetos do sexo masculino.

	Peso	Grande diametro transversal	Diametro recto	Diametro obliquo	Circumsferencia
Hecker....	80 gram.	o cent. 14	o cent. 21	o cent. 42	0,6 cent.
Schrœder..	66,5 "	o " 13	o " 12	o " 12	0,57 "

Existe, pois, uma differença entre o volume da cabeça dos fetos dos dous sexos, mas nada por emquanto nos autorisa a aceitar as conclusões sombrias de Clarke e Sympson. Se o excesso de peso concorre para embaraçar a marcha do trabalho, não é entretanto a causa mais perniciosa, porque Veit com estatisticas demonstrou que em peso igual morrem mais fetos do sexo masculino do que do feminino.

É ao grande diametro transverso da cabeça que mais se deve attribuir semelhante resultado, porquanto Pfannkuch mostrou que, o peso sendo o mesmo, a cabeça dos fetos do sexo masculino é mais grossa do que as do feminino. Schrœder achou nas jovens primiparas um diametro transverso menor de 9 ¼ centimetros, mas nas velhas multiparas, principalmente se o feto era do sexo masculino, o diametro transverso attingia a 10 ou 10 ½ centimetros.

Sobre o peso e a extensão do corpo, Rumpe dá as médias seguinte:

Primiparas de menos de 30 annos	Peso do feto............	3,121^{gr}6
	Extensão................	0, 49^{c},24
Primiparas de mais de 30 annos	Peso do feto............	3,133^{gr}8
	Extensão................	0, 49^{c},32

Para as multiparas encontrou:

Multiparas de menos de 30 annos	Peso do feto............	3.215^{gr}5
	Extensão................	0,^{m}49^{c},21
Multiparas de mais de 30 annos	Peso do feto............	3,171^{gr}44
	Extensão................	0 ,49^{c}14

Examinando estas estatisticas, Charpentier conclue:

1º Que o volume do feto é mais consideravel nas primiparas idosas do que nas jovens primiparas;

2º Que é o inverso que se observa nas multiparas;

3º Que segundo as estatisticas de Hecker, Ahlfeld, Bidder, Rumpe, etc., é o sexo masculino que predomina nas jovens

parturientes, como naquellas que têm mais de 30 annos, quer sejam primiparas, quer multiparas.

O diagnostico não é facil e só as difficuldades que sobrevêm ao trabalho do parto podem nos fazer suspeitar a natureza do embaraço; entretanto, se pelo dedo explorador chegarmos a certificar a extensão da sutura sagittal e o grande afastamento das duas fontanellas uma em relação á outra, podemos ter algumas presumpções. Convém que não se enganem quanto ao valor desses signaes, porque as mais das vezes não fornecem senão resultados negativos. Mas, tendo-se em attenção as pesquisas de Rumpe, Hecker, etc., e os elementos fornecidos pelo apalpamento e tacto, o diagnostico póde adquirir algumas probabilidades de certeza. Não poucas vezes com o volume excessivo do feto coincide um ligeiro estreitamento de bacia, que naturalmente concorrerá para augmentar as difficuldades.

O prognostico varía com o desenvolvimento do feto, mas elle é muito mais desfavoravel para o filho do que para a mãi.

O tratamento consiste na applicação do forceps ou do cephalotribo; e se á esta causa de dystocia se unir o volume exagerado da espadua, lançaremos mão, não só desses meios, como de outros que descreveremos no capitulo seguinte.

III. — Volume exagerado e ausencia de rotação das espaduas

Esta causa de dystocia foi primeiramente assignalada por Levret, que a descreveu sob o nome de encravamento das espaduas; mas á Jacquemier cabe a gloria de a ter vulgarisado, dispensando-lhe uma importante memoria.

Tratando do volume exagerado das espaduas, Jacquemier assignalou tambem o volume do peito que, pela sua saliencia e situação, concorre para a formação do obstaculo. Ordinariamente

estas duas variedades de dystocia acham-se reunidas e as difficuldades com que o parteiro terá de lutar serão necessariamente maiores.

As espaduas retidas á entrada da bacia, depois de terem opposto a sahida da cabeça, ainda oppõem obstaculo á expulsão do tronco. Mas depois da sahida da cabeça, ou o resto do corpo é extrahido sem difficuldades, ou então o obstaculo persiste, e neste ultimo caso o pratico deve lembrar-se que este accidente póde depender de uma inercia profunda e constante da madre.

Jacquemier faz depender este embaraço:

1º Nos $^4/_5$ dos casos, exclusivamente do volume exagerado do peito e das espaduas;

2º De uma falta de proporção entre a bacia e o feto, o tronco apresentando um desenvolvimento insolito ;

3º Dos fetos acephalos e anencephalos;

4º O mais commum de todos, do embaraço das espaduas em virtude de ausencia do movimento de rotação, ausencia determinada pela inercia da madre.

Jacquemier apoia sua doutrina em nove observações, que não estão todavia isemptas de duvida. Se algumas dellas apresentam no estado de pureza a causa de dystocia, outras deixam transparecer complicações, que naturalmente diminuem o seu valor. Mas outros autores a tem observado e eis os casos que podemos colher.

Hohl praticou duas vezes a craneotomia, julgando tratar do volume exagerado da cabeça, quando o embaraço residia na largura excessiva das espaduas. A bacia era normal.

Adelman falla de uma mulher que tivera tres partos expontaneos; o quarto filho apresentava o diametro biacromial tão exagerado que durante a extracção, as espaduas tocaram-se na parte anterior e o sterno approximou-se da columna vertebral.

Silbert cita um caso semelhante. Depois de tentativas malogradas da extracção por meio do forceps e da versão, a mulher succumbio sem ter dado á luz. Infelizmente, esta mulher que havia

tido um parto expontaneo, apresentava a bacia ligeiramente estreitada.

Mais feliz do que todos, Tarnier teve tres successos, mas confessa que foi obrigado á empregar grandes esforços.

Do exposto resulta a difficuldade do diagnostico, que apenas poderá ser suspeitado depois de algumas tentativas inuteis.

As indicações variam conforme a causa e vejamos o que diz á esta respeito Jacquemier:

Si c'est le volume des épaules, et non leur position qui fait l'obstacle, c'est au forceps qu'il faut avoir recours, la tête se trouvant retenue au fond de l'excavation. Si cet instrument est insuffisant, il faut avoir recours à la craniotomie et à la céphalotripsie, diminuer en un mot le volume de la tête, puis aller dégager un bras, et exercer ainsi des tractions qui permettront d'extraire le tronc. Mais si la tête est sortie, deux moyens: l'un qui consiste à exercer des tractions sur cette tête; il réussira quelquefois, mais échouera souvent; l'autre qui consiste à engager deux doigts sous les aisselles, à les recourber en crochet et à abaisser ainsi les epaules. Au besoin il ne faut pas hésiter à aller saisir la racine du bras à pleine main, car c'est alors seulement que la main jouit de toute sa puissance.

Les tractions sur les aisselles sont un acheminement au procédé qui consiste á degager successivement les deux bras, puis à tirer sur eux pour extraire le tronc au dehors. Ce dernier procédé est préférable, parce qu'il à pour effet, non seulement de donner un point d'appui plus solide, mais encore de faire disparaitre de la poitrine l'epaisseur des bras et les saillies abruptes qui forment les moignons des epaules.

É o processo seguido pelos autores e que melhor resultado tem dado.

2ª classe. — Excesso de volume do feto por desenvolvimento pathologico

Esta segunda classe das causas de dystocia fetal comprehende as diversas molestias do feto, que em virtude de circumstancias numerosas constituem serios embaraços ao mecanismo do parto. Não é possivel darmos uma descripção minuciosa de cada uma, mas empregaremos todos os esforços para tornar salientes aquellas que forem mais importantes ou que se apresentam mais communmente na pratica.

I. — Hydrocephalia

Hydrocephalia é todo o accumulo de liquido seroso na cavidade craneana.

Jaccoud e Hallopeau observaram a infiltração deste liquido no tecido intersticial do encephalo, nas malhas da pia-mater e espaços sub-archinoidianos e na cavidade formada pela arachnoide reflectindo sobre a dura-mater.

Antigamente os autores dividiam a hydrocephalia em interna e externa. Esta ultima era formada por collecções serosas ou sero-sanguinolentas entre a pelle e os ossos, chamando Chassinat hydrocephalia bastarda aquella em que o tumor externo communicava-se com a cavidade craneana. Hergott não aceita esta divisão e explica a formação dessas collecções externas pelas contracções uterinas, pressões ou tracções exercidas pelo parteiro. Elle diz:

Sons cette influence, l'hydrocéphalie interne existant seule avant le travail, une certaine quantité du liquide contenue dans la cavité du crâne, passe à travers

une fissure praduit ainsi artificiellement, et s'épanche en dehors de la cavité crânienne, de manière à former une tumeur surajoutée à la surface de la tête. Cette poche ainsi formée, n'est en réalite qu'un dirverticulum, dans lequel vient refluer une partie du liquide primitivement intra-cranien, et si ce liquide ne s'épanche pas tout entier, c'est que, par suite de la compression exercée par le forceps en les contractions utérines, les rapports entre la fissure et l'encéphale n'étant plus les mêmes, l'obliteration se produit.

A explicação de Hergott é justa e conformando com este modo de ver, dá a seguinte difinição, que exclue os hydrocephalos externos: Hydrocephia é o derramamento de serosidade que se faz nas cavidades do encephalo e de seus envulocros. É uma molestia rara, fornecendo as estatisticas dos autores poucos casos em grande numero de partos.

Lachapelle	em	43,453	partos	teve	15	casos	= 1/2,904
Lever	"	4,666	"	"	1	"	= 1/4,666
Merrimann	"	900	"	"	1	"	= 1/900
Hohl					77	"	
Macdonald / Ramsboatham	"	3,000	"	"	1	"	= 1/3,000
Kucher	"	12,000	"	"	3	"	= 1/4,000

Charpentier adopta o algarismo dado por Merrimann de 1/900, porque em 2,000 partos observou tres casos. Depois dessa occasião, observou mais quatro casos em sua clinica civil; tres desses casos eram pouco pronunciados, mas um era bem volumoso.

Causas. — A idade avançada dos pais, os excessos do coito, os habitos alcoolicos, a syphilis, as phlegmasias chronicas da arachnoide e da membrana interna do ventriculo, a difficuldade de circulação venosa (Barrier), a existencia de cretinismo nos ascendentes, todas estas causas, emfim, tem sido invocadas. Ellas não tem entretanto senão um valor hypothetico e se em certos casos prestam-se á uma explicação satisfactoria, em outros a sua acção é nulla, escapando-nos a verdadeira causa da hydrocephalia. As observações de Osiander, Rayer, Gros, Lancereaux parecem pôr fóra de duvida a acção da syphilis; mas estas observações

são raras e nem em todos os casos de syphilis perfeitamente certificada a hydrocephalia é uma consequencia necessaria. Franck, Underward, Gelis, Castelli, Armstrong admittem uma predisposição peculiar á certas mulheres de darem á luz filhos hydrocephalos e Bouchacourt appella para os casamentos consanguineos. Emfim, em 1877 Dareste fez algumas experiencias sobre gallinhas, cujos resultados consignamos em nosso trabalho. Segundo este autor, as ilhas de sangue da area vascular podem ser modificadas artificialmente na occasião de sua formação e essas modificações produzem hydropesias das vesiculas cerebraes. Desta maneira, obtem-se á vontade a anencephalia, a pseudencephalia e a hydrocephalia. É uma opinião que registramos sem emittir apreciação alguma e que convém ser tomada em consideração, repetindo-se as experiencias.

Anatoma pathologica. — A quantidade do liquido seroso na cavidade craneana varía de algumas colhéres á muitos litros. É claro, ligeiramente amarellado e comparavel ao liquido das collecções hydropicas e ao liquido cephalo-rachidiano. Segundo Hilder, contém 0,246 °/$_{0}$ de albumina, saes de sodio e materias extractivas. A quantidade de albumina augmenta se a hydrocephalia é complicada de anencephalia. Se o derramamento é abundante, nota-se distensão dos ventriculos, compressão da materia cerebral que se atrophia e tende a desapparecer. A superficie cerebral adelgaça-se algumas vezes de modo tal que toma o caracter de uma membrana que forra as paredes do kysto; e entretanto a serosa cerebral torna-se injectada. Ora, em taes casos a cabeça póde adquirir um volume consideravel e exigir uma intervenção energica. No caso de Wrisberg, o maior diametro da cabeça tinha 25 centimetros e a circumferencia 80 centimetros; no de Verdu, a cabeça tinha 10 polegadas de extensão e 30 de circumferencia; e no de Mickel, o diametro bi-parietal era de 43 centimetros. Em taes condições os ossos perdem a sua consistencia e transformam-se em uma especie de pergaminho. As fontanellas e suturas enlarguecem-se consideravelmente

e dão uma sensação de fluctuação; e em certos casos, os ossos são gastos e mesmo perfurados, dando nascimento á esses tumores externos, conhecidos sob a denominação de encephaloceles.

Poullet estudou uma especie da hydrocephalia, em que o volume da cabeça sendo quasi normal, a substancia cerebral em vez de ser distendida pelo liquido, é substituida por elle, pelo menos parcialmente. Esta variedade tem sido certificada por muitos autores e é descripta sob o nome de hydropesia anencephalica.

Complicações. — A hydrocephalia póde existir isolada ou ser complicada de hydrorachis e de outros vicios de conformação: ectromelia (Houel), hydramnios (Depaul), anencephalia, etc., labio lepurino e pés tortos, etc.

Diagnostico. — O reconhecimento da hydrocephalia antes do parto é difficil e nenhum signal existe que a caracterise de uma maneira evidente. O abdomem algumas vezes normal, adquire em certos casos volume exagerado, mas este facto não constitue indicio certo de hydrocephalia. Não produz perturbação alguma especial e por conseguinte passará desapercebida e a attenção será então dispertada pelas difficuldades do parto. Mas combinando-se o volume do abdomen com os dados fornecidos pelo apalpamento, tacto e auscultação, o pratico poderá chegar á algumas presumpções, que só mais tarde poderão adquirir o cunho de certeza.

Um facto importantissimo que nunca devemos esquecer, é a frequencia consideravel das apresentações pelvianas. As apresentações de apice se encontrará 19 vezes sobre 20 e a apresentação podalica uma vez sobre 70 á 80. Em 152 hydrocephalos, Scanzoni achou 30 vezes uma apresentação diversa da de apice, Chassinat em 28 casos observou 7; e Poullet em 106 factos encontrou 56 apresentações de apice, 6 da face, 30 da extremidade pelviana e 8 da espadua.

A apresentação da face ainda não foi observada por parteiro algum e nem mesmo Poullet que nos 106 casos mencionados dá entretanto 6 vezes esta apresentação, achando-se por este facto em plena contradicção comsigo. Attendendo á pequenez da face que contrasta com o desenvolvimento excessivo da cabeça, é realmente difficil de conceber-se semelhante posição.

Apresentação do apice antes do trabalho. — Além do volume exagerado do abdomen que algumas vezes se nota, Chamiso assignala um œdema nos membros inferiores e Ribemant as nauseas, lipothimias e perturbações digestivas rebeldes, tendo observado uma vez œdema super-pubiano, que tambem se encontra no hydramnios e nas gravidezes gemeas. Estes signaes não são entretanto caracteristicos e nem desvanecem toda a duvida. É o apalpamento que nos fornece os elementos mais seguros e precisos e nos permitte reconhecer o estado de repleção do utero, a sua flexibilidade e depressibilidade; é por elle que se póde comparar a disproporção que existe entre o tumor redondo e volumoso constituido pela cabeça e o outro collocado em sentido opposto e formado pelo assento. Por este meio, Tarnier chegou a reconhecer um caso de hydrocephalia e Blot combinando o apalpamento á auscultação pôde fazer o diagnostico duas vezes durante a gravidez. Nesses ultimos casos, os ruidos estavam muito elevados e a apresentação cephalica tinha sido reconhecida.

Comprehende-se que antes do trabalho o tacto não preste auxilio algum, porque a parte fetal estando muito elevada não é accessivel ao dedo.

Durante o trabalho.—Emquanto o bolso das aguas não se rompe, o diagnostico é ainda difficil; mas desde que o liquido amniatico se escorre, com facilidade se reconhece a hydrocephalia, que se manifesta por signaes caracteristicos e determinantes. O dedo explorador, acima do estreito superior encontra uma larga superficie formada por um tumor fluctuante, onde se descobre a existencia de cabellos, de fluctuação e de partes resistentes constituidas

por ossos, que dão uma sensação identica á do pergaminho. As suturas e fontanellas algumas vezes perfeitamente reconhecidas, são em certos casos mascaradas pela excessiva distensão; mas um exame attencioso arredará qualquer duvida e imporá a existencia da hydrocephalia. Esta póde confundir-se com o bolso das aguas, mas o reconhecimento de partes duras evitará qualquer erro.

A maceração do feto, cuja morte data de algum tempo antes da expulsão, póde induzir-nos á erro, mas, nesse caso, ainda possuimos signaes que nos permittirão a distincção. A cabeça que se apresenta e conserva-se elevada, é no feto que deixou de viver, molle e flacida e semelhante durante a contracção á um tumor elastico. As suturas e fontanellas perfeitamente reconhecidas nos hydrocephalos, são no caso vertente difficilmente apreciados. No intervallo das contracções, o tumor da hydrocephalia é duro, a pelle é fina e os ossos occupam os respectivos logares; e no feto mascerado, o tumor apaga-se, a pelle é densa, parecendo œdemaciada, e os ossos cavalgam-se uns em cima dos outros e dão sensações de crepitação, de deslocamento e saliencia, que não se podem confundir com a sensação de pergaminho, peculiar á hydrocephalia. Outros signaes, como os ruidos cardiacos e os movimentos activos que, percebidos, indicam vida, nos prestam ainda grande auxilio no diagnostico. O liquido amniotico que, no termo da gestação, é branco, sabonoso, no feto mascerado, é avermelhado, turvo e simelhante á borra de vinho.

A lentidão do trabalho em uma mulher, que tem tido partos expontaneos, é um signal, á que Sympson ligava muita importancia no diagnostico da hydrocephalia.

Apresentação da extremidade pelviana antes do trabalho. — É impossivel antes do trabalho fazer-se o diagnostico. Nada attesta a sua existencia e nem o apalpamento, o tacto e auscultação proporcionam meio algum de reconhecimento.

Durante o trabalho. — A marcha do trabalho é caracteristica na apresentação pelviana dos fetos hydrocephalos e por este facto

disperta immediatamente a attenção do pratico que, intelligente, reconhecerá a natureza do embaraço, que até então não se lhe havia revelado por signal algum. O assento e o tronco se desprendem com toda a regularidade; mas, chegada a vez da sahida da cabeça, o trabalho cessa, as forças do organismo se esgotam, indicando tudo que a cabeça é a sede de um desenvolvimento anomalo, que impede que esta parte do corpo franqueie o estreito superior.

Na região super-pubiana se fórma um tumor consideravel, que mantém o utero distendido e que destróe a acção de tracções inergicas. Não se póde mais vacilar no diagnostico; a hydrocephalia se impõe, maximé se por uma puncção conseguirmos reduzir o volume da cabeça, que então franqueará o estreito superior, pondo termo ao trabalho do parto.

Prognostico — Como era de esperar, a hydrocephalia acarreta consequencias funestas, sendo o prognostico por conseguinte sombrio. Todas as estatisticas demonstram esta asserção, que adquire todo o esplendor da verdade quando se trata do feto.

A cifra mortuaria é enorme e a sua expplicação facil.

A lesão congenial quasi irreparavel e as difficuldades do parto, sempre laborioso e exigindo ás mais das vezes a intervenção da arte, dão satisfactoriamente conta de resultados tão desgraçados.

O parto expontaneo não faz excepção á essa regra, e embora os fetos sobrevivam ao parto, a sua existencia é precaria e ephemera. Em 60 casos, Chassinat observou 41 vezes a morte do fecto antes ou durante o parto e sobre os 19 restantes, 8 viveram menos de quatro mezes, 5 um anno, 2 menos de dois e quatro dois annos e pouco.

A intervenção ainda aggrava mais o prognostico. Em 28 casos, Chassinat teve 28 mortos; em 17, Ouvrier teve 17, e em 21, Hergott teve 20.

A apresentação da extremidade pelviana é de consequencias fataes: a morte é inevitavel.

Tratando-se da mãi, o prognostico depende absolutamente da conducta do parteiro. Se o diagnostico fôr estabelecido e si o parteiro intervem em tempo, tendo-se em mira a conservação da mãi, o prognostico é em geral benigno; mas, se por qualquer circumstancia a natureza do obstaculo nos escapar, o prognostico reveste-se de gravidade. Infelizmente, o conhecimento da hydrocephalia é quasi sempre tardio e na maioria dos casos depois de manobras estereis e prolongadas. Em 106 casos, Poullet contou 24 mortes e igual numero Spiegelberg observou em 94 parturientes.

A morte é, nesses casos, determinada pelas rupturas uterinas e por traumatismo em virtude de manobras executadas pelo parteiro.

Tratamento.— No tratamento encararemos cada uma apresentação de per si e dellas deduziremos os meios adequados.

Apresentação do apice.— Spiegelberg tratando da influencia que exerce a hydrocephalia na marcha do trabalho do parto, a divide em tres variedades para aprecial-a de uma maneira completa: 1º, a hydrocephalia é pouco pronunciada; 2º, a hydrocephalia é mais accentuada, mas o volume da cabeça não é todavia consideravel; 3º, a hydrocephalia é enorme e nesses casos a cabeça adquire um volume exagerado.

Nas duas primeiras variedades, o parto póde ser expontaneo, mas a duração do trabalho, e os esforços que o organismo tem a empregar, não são necessariamente os mesmos, isto é, dependem do gráo maior ou menor da cabeça.

Na terceira, o parto é impossivel e a necessidade de uma intervenção energica é imposta pelos perigos que corre a vida da mãi. Casos ha, mas excepcionaes, em que, dadas certas modificações na extremidade cephalica, o parto expontaneo póde ter logar. Debaixo de contracções energicas, o liquido lançado contra os ossos do craneo, que já estão adelgaçados e mesmo gastos, os perfura, passa atravez as fendas resultantes e se derrama

na peripheria dos ossos, formando um tumor mais ou menos volumoso, que os antigos chamavam hydrocephalia externa. Ora, nesses casos o volume da cabeça diminue e a expulsão do feto se faz expontaneamente. Este resultado é raramente produzido pelas contracções uterinas, sendo quasi sempre obra de pressões e tracções exercidas pelo parteiro.

Mas taes modificações não são communs e d'ahi a necessidade de operações graves, urgindo que o parteiro actue sem demora, pois que a vida da mãi deve ser objecto de seus anhelos, a unica preoccupação de seu espirito. Feita uma ou duas applicações de forceps, a perforação do craneo deve ser posta em execução. Muitos parteiros, entretanto, na esperança de salvar o filho, preconisam a puncção com um trocater fino e mesmo capillar; mas como na sciencia não existe nenhum facto que justifique esta pratica, julgamos qualquer demora no emprego dos meios os mais suasorios como prejudicial e mesmo fatal á conservação da vida da mãi. Praticar a craneotomia e extrahir em seguida a cabeça, quer com o forceps, quer com pinças convenientes, ou melhor com o cephalotribo, deve ser a norma dos parteiros que, conhecedores das estatisticas, não devem nutrir um sentimento humanitario, que não seria cabido em taes circumstancias. Mas se algum parteiro quizer empregar a puncção ou outro meio antes dos meios extremos, não deve nunca esquecer que qualquer demora importuna acarreta consequencias funestas para a mãi.

A versão só será tentada depois da perforação do craneo, notando-se que os parteiros mais notaveis a condemnam.

Apresentação do assento.— Na apresentação podalica o parto póde ser de prompta terminação, mas é necessario que haja formação da hydrocephalia externa ou derramamento de liquido seroso no tecido cellular em virtude de uma ruptura da columna vertebral, dando nascimento a um œdema mais ou menos generalisado, do pescoço, do peito e de outras partes do corpo. Em um caso referido por Ouvrier e cuja peça anatomica se acha no

museu de Depaul, a ruptura se fez, não só nas vertebras cervicaes, como nas dorsaes, e o liquido passou para as pleuras e cavidade abdominal. Nesses casos, comprehende-se que simples tracções são sufficientes, mas em outros ellas são infructiferas. Se são prolongadas e energicas, o arrancamento do tronco é a consequencia e apenas nos resta extrahir a cabeça.

Este accidente, entretanto, deve ser evitado, recorrendo-se a perforação do craneo. Esta tem sido praticada em diversos logares: Chamiso praticou-a na parte posterior, atraz da orelha; Vignard na abobada palatina; Mattei nas fontanellas. Verrier lançou mão da destroncação e Van Huevel com um colchete perfurou as cavidades orbitarias. Lacroix segundo uns e Van Huevel segundo outros, propozeram evacuar o liquido pelo canal vertebral. Este processo, pela sua simplicidade e pelo successo immediato, deve merecer a preferencia sobre todos os outros. Consiste em fender com um bisturi o canal vertebral e pelo orificio superior aberto introduzir uma sonda até a cavidade cerebral.

Tarnier tem vulgarisado este processo e graças aos seus esforços conta um grande numero de adeptos.

Apresentações transversaes. — A apresentação do tronco é rara, mas Tarnier, Koscia e Gripat, em 1873, apresentaram alguns exemplos. O tratamento consiste em praticar a versão e depois applicar o processo de Tarnier.

II. — Encephalocele

Historico. — Parece que o encephalocele congenital passou desappercebido aos antigos, mas Celso, Albucassis e P. d'Egine dão á entender em suas obras que delle tinham alguma noção.

Na idade média estes tumores eram representados debaixo de fórmas bisarras e Ambroise Paré conta a historia do monstro de Turin, que trazia um corno no apice da cabeça.

É no seculo XVIII que são empregados os termos de encephalocele e hydrencephalocele, mas nesta occasião ainda reinava grande confusão, não se distinguindo de uma maneira precisa o encephalocele dos diversos tumores craneanos.

No seculo XIX, Nœgale Pai e Cloquet empregaram esforços para esclarecer esta questão; mas os elementos de que dispunham eram insufficientes e a anatomia pathologica pouco tinha progredido. Nyemeyer, Breschet, Adans, etc., dão discripções do encephalocele, mas incompletas, porque suas observações fundavam-se em pequeno numero de factos de natureza diversas. Velpeau, Leon, Langebeck, Walther e sobretudo Malgaigne, muito contribuiram para o conhecimento do encephalocele, que a importante Memoria de Spring poz fóra de duvida. Na mesma época, Burns escreveu um trabalho sobre este assumpto, que em nada adiantou os conhecimentos até então adquiridos, mas que trouxe grande confusão entre o encephalocele congenital e o encephalocele traumatico. Os autores que têm-se occupado nestes ultimos tempos desta entidade morbida, seguem ou a theoria de Spring ou as de Burns.

Difinição e divisão. — Sob o nome de encephalocele os autores e sobretudo os allemães confundem lesões as mais disparatadas.

Dividem o encephalocele em congenital e adquirido, podendo este ultimo ser traumatico ou pathologico, em virtude de uma carie ossea, por exemplo. Ora, differença grande existe entre as duas especies. O encephalocele congenital é um vicio de conformação, que quasi nunca é isolado, visto que é acompanhado de outros defeitos apparentes ou occultos; e o adquirido é uma lesão puramente local. A anatomia pathologica e os symptomas demonstram á evidencia a differença, que entretanto não tem sido estabelecida convenientemente.

O encephalocele congenital póde entretanto não ser um vicio de conformação e as observações de Saint-Germain e Depaul e a de Billroth sob o nome de — meningocele spuria — provam que podem ser o resultado das applicações do forceps.

Para evitar duvidas sobre a natureza desses tumores, diversos termos foram propostos para designar o encephalocele congenital. Virchow propoz o de — spina bifida occipitis — Cruveilhier o de — spina bifida craneana; e Saint Hilaire, emfim, o de — exencephalia. É este ultimo termo o preferido por Larger, cujo artigo critico escripto nos *Arch. de Med.* de 1877 muito nos tem servido na redacção deste capitulo.

Saint-Hilaire define do modo seguinte a exencephalia: É um estado pathologico caracterisado por um cerebro mal conformado, mais ou menos completo e collocado, ao menos em parte, fóra da cavidade craneana, que é assás imperfeita.

É uma difinição exata quando o craneo é membranoso e neste caso representa o gráo mais elevado de complicação do encephalocele e não se póde affirmar que existe tumor na verdadeira accepção desta palavra. Ha pois necessidade de uma difinição que abranja pelo menos as variedades mais communs e debaixo deste ponto de vista a de Larger nada deixa a desejar.

É um tumor congenital do craneo e da face, diz Larger, com lesões concumitantes mais ou menos profundas do cerebro e do craneo, com séde determinada, essencialmente constituida por um diverticulum de grossura variavel das meningeas e do cerebro, raramente das meningeas só, com ou sem liquido seroso ou seroide.

Nesta difinição ficam comprehendidas as quatro classes de tumores, que Spring exforçou para considerar como affecções distinctas: 1.ª, meningocele; 2.ª, encephalocele; 3.ª, hydrencephalocele; 4.ª, synencephalocele. Larger considera apenas estes tumores como estados anatomicos differentes de um mesmo vicio de conformação, cujos typos principaes são representados pelas duas primeiras especies. As outras duas são modos particulares do encephalocele, de que differem por circumstancias minimas. Spring ainda falla em — ectopia do encephalo — que é a mesma cousa que a exencephalia de Geoffroy Saint-Hilaire.

Larger divide a exencephalia em tres gráos segundo o seu desenvolvimento e séde:

1º Tumores em que os ossos da abobada do craneo estão quasi todos ossificados, havendo somente um orificio no craneo. São os verdadeiros tumores cirurgicos.

2º Tumores em que os ossos do craneo estão ossificados, com excepção de um ou de dois. São os tumores intermediarios.

3º Não existe tumor na accepção da palavra, o craneo é membranoso em grande parte ou em totalidade. É a exencephalia completa.

1º gráo. — Não ha nome expecial para cada região.

2º — Região anterior ou fronto-facial.. Proencephalia.
Região posterior ou occipital.... Notencephalia.
Região média ou inter-parietal.. Podencephalia.

3º — Exencephalia completa.

Frequencia. — Relativamente aos outros vicios de conformação, é o encephalocele assás raro e poucos parteiros o tem observado. Vines encontrou dois casos de spina-bifida e um de exencephalo em 5,000 partos e Trelat em 12,900 apenas tres casos.

Quanto ao sexo, Meckel é de opinião que o exencephalo, bem como todos os vicios de conformação, sejam mais communs no sexo feminino; mas Geoffroy Saint-Hilaire chegou á uma conclusão inteiramente opposta. Em 29 casos, Larger observou 18 vezes no sexo feminino e Spring 35 vezes em 59 casos. Em vista deste resultado, parece fóra de duvida que os dous terços de casos pertençam ao sexo feminino.

Relativamente á séde e á natureza, vejamos o que dizem os autores. Laurence e Spring admittem maior frequencia desses tumores na região anterior, mas Wallmann e Larger de todos os factos de suas observações concluiram que elles são tão

frequentes n'uma região como n'outra. Os 24 casos de Wallmann eram repartidos do modo seguinte:

Região anterior............ 20
Região posterior........... 24

Os 185 colhidos por Larger:

Região anterior............ 44
Região posterior........... 41

Para provar a frequencia relativa das sédes e a repartição das differentes especies nas diversas regiões, Larger formou os dois quadros seguintes:

Região anterior

NATUREZA DO TUMOR	ENCEPHALOCELE 2° GRÁO (PROENCEPHALIA)	RAIZ DO NARIZ	ANGULO EXTERNO	ANGULO INTERNO	ANGULO INTERNO E CANAL LACARMO NASAL	ANGULO INTERNO, CANAL NASAL E LADO DO LABIO SUPERIOR	ENTRE O SPHENOIDE E ETHMOIDE E ABOBADA PALATINA	INDETERMINADOS	TOTAL
Meningocele ou tumores kysticos..............	1	3	..	..	....	....	....	..	4
Encephalocele..........	1	8	..	4	3	....	2	4	22
Hydrencephalocele......	....	..	..	..	....	....	....	2	2
Duvidosos..............	....	6	1	5	1	1	....	2	16
	2	17	1	9	4	1	2	8	44

Região posterior

NATUREZA DO TUMOR	EXENCEPHALOCELE 2º GRÁO (NOTENCEPHALIA)	SÉDE SUPRA-OCCIPITAL	PROTUBERANÇA OCCIPITAL	SÉDE INFRA-OCCIPITAL	SÉDE INDETERMINADA	TOTAL
Meningocele ou tumores kysticos....	....	....	1	7	3	11
Encephalocele.....................	2	....	....	1	....	3
Hydrencephalocele.................	4	4	2	3	....	13
Duvidosos.........................	2	....	....	7	5	14
	8	4	3	18	8	41

Do estudo comparativo desses dois quadros resulta:

1º Quanto ás sédes: que em cada região ha uma séde de predilecção. Na região anterior esta séde é a raiz do nariz e depois o angulo interno do olho; na região posterior é a séde occipital. A frequencia é equivalente.

2º Quanto á natureza do tumor: 1º, que a hydrencephalia não é tão frequente como avançaram Spring e Houel; 2º, que a natureza do exencephalo é subordinada á região que occupa o tumor: na anterior são os encephaloceles e na posterior os hydrencephalos e meningoceles ou tumores kysticos.

Pathogenia. — A theoria do sabio professor de Liege que explica a producção do exencephalo pela hydrocephalia, tem predominado até hoje e é aceita por todos os autores classicos. Entretanto, nestes ultimos annos embryologistas celebres, como Coste, Dursy e Le Courtois, têm reagido contra essas idéas dominantes e, fundados em suas experiencias, ligam a lesão ao desenvolvimento do craneo e do cerebro. É desta opinião Larger,

que refuta a theoria de Spring em um bello artigo critico, á que já nos referimos.

Para Saint-Hilaire, Richet e Malgaigne, o exencephalo não é uma hernia propriamente dita e a massa cerebral contida no tumor se desenvolve fóra do craneo.

Emfim, para Larger e alguns autores modernos a exencephalia é a expressão de uma—diathese malformatrice.

Etiologia. — O rachitismo parece ter uma acção evidente e muitos factos citados pelos autores vem em abono desta opinião. O alcool, os golpes sobre o ventre da mãi, as emoções moraes, etc., são invocados como causas da exencephalia. Larger liga muita importancia á hereditariedade.

Symptomas. — Tumor congenital, com séde determinada, saliente, muitas vezes estreitado em sua base e outras sessil. O volume varía desde o de uma fava até o de uma cabeça de feto em termo. A fórma, o aspecto, a consistencia e a coloração nada tem de constante. Ordinariamente simples, o encephalocele póde ser multilobado, sempre irreductivel, o que na opinião de Larger prova que não existe communicação entre este tumor e o liquido cephalo-rachidiano. É indolor á pressão e não determina acções reflexas, gritos, convulsões, etc., senão quando existe uma meningo-encephalite. Transparente ou opaco conforme a espessura dos tecidos que o recobrem, fluctuante ou não, é susceptivel de tornar-se tenso pelo esforço, mas não de uma maneira constante. Sem expansão correspondente aos movimentos respiratorios, não tem batimentos e nem ruidos de sôpro.

Emfim, a séde tem uma influencia notavel sobre os caracteres externos e internos do exencephalo. Os tumores de uma mesma região conforme a sua séde apresentam em seu todo uma maneira de ser que os distingue á primeira vista. Julgamos de utilidade mencionar as especies desses tumores que mais commummente se assestam neste ou naquelle logar; e desta descripção resulta naturalmente grande vantagem para o diagnostico.

1º REGIÃO ANTERIOR.— *a.*—Raiz do nariz. São os encephaloceles, algumas vezes o meningoceles e raramente os hydrencephaloceles. O volume varía e nunca excede ao de uma tangerina. São estreitados em sua base.

b. — Angulo interno do olho e canal lacrimo-nasal. Encephaloceles de pequeno volume. O caso de Breslau, o maior conhecido, tinha um volume igual ao de um ovo de pombo. Regular quando limitado ao angulo interno, torna-se irregular e mamillonado quando invade o canal lacrimo-nasal. Formam algumas vezes tumores distinctos, que podem se confundir com os polypos das fossas nasaes.

c. — Grande fontanella. Kystos dermatoides.

2º REGIÃO POSTERIOR.— O aspecto exterior dos tumores desta região é quasi que uniforme, qualquer que seja a sua séde. A sua natureza varía e muito. Assim, um tumor situado na parte supra-occipital 99 °/ₒ é um hydrencephalocele, 1 °/ₒ um encephalocele, mas nunca um meningocele.

Um tumor situado na parte infra-occipital, é pelo contrario frequentemente um meningocele ou pelo menos um kysto e raramente um encephalocele. (Os tumores desta região trazem quasi sempre o idiotismo; e se algum individuo não o é logo, elle será nos ultimos tempos de sua vida. — Larger).

Na protuberança occipital externa, ou são meningoceles, ou hydrencephaloceles, mais vezes da primeira especie.

Na pequena fontanella, kystos do volume de um ovo de pombo.

Diagnostico. — É difficil o diagnostico durante o trabalho e mesmo quasi impossivel pela sua extrema raridade. Manifestado o embaraço, o espirito do parteiro volverá á outras causas de dystocia e só depois do parto elle poderá corrigir o seu erro.

Prognostico. — O prognostico depende necessariamente do volume do tumor. Se este é pequeno, o parto posto que mais demorado, termina expontaneamente, e se é bastante volumoso,

o obstaculo torna-se patente e d'ahi a indicação de se actuar com energia. O feto é ordinariamente sacrificado e se consegue por acaso nascer vivo, nunca chega á idade adulta.

Tratamento. — Reconhecido o embaraço, o meio racional de removel-o consiste na puncção do tumor, que permitte o parto se terminar, ou expontaneamente, ou por uma simples applicação de forceps.

III. — Hydrothorax

É uma molestia assás rara e poucos casos existem na sciencia de hydrothorax isolado. As observações mais rigorosas dos parteiros modernos provam exuberantemente que sempre vem acompanhado de ascite e quasi nunca constitue uma causa séria de dystocia. Peu falla do hydrothorax nos seguintes termos:

> Si la poitrine ou le bas-ventre sont aussi remplis d'eaux ou de vents, il les faut vider; cette operation n'est pas de petite conséquence.

Hohl cita dous casos; Gœtel um, que Hergott mostrou ser uma ascite e não um hydrothorax, remontando á sua origem; e Hergott refere oito casos de hydrothorax complicados de ascite, que pertencem á Galleti e á Siebold.

O diagnostico não póde ser feito ou antes suspeitado senão depois da introducção da cabeça. Nesta occasião, o obstaculo se manifesta e o dedo explorador nos revela o excessivo desenvolvimento do thorax, o affastamento dos espaços intercostaes e a sensação de fluctuação nestes intervallos. São esses os unicos elementos que podemos obter e que caracterisam o hydrothorax.

O sacrificio do feto é inevitavel e o tratamento consiste na puncção.

IV. — Ascite

A ascite congenital é muito rara e como o hydrathorax, vem quasi sempre complicada de outras lesões. Stoltz e Depaul confessam que nunca a encontraram no estado isolado. Van Gelder reunio 41 observações, a que podia-se ajuntar mais dez, e as dividio em dez classes :

		Casos
1º	Ascite simples	13
2º	— com lesões hepaticas, complicada ou não de peritonite.	3
3º	— com lesões splenicas	1
4º	— com lesões inflammatorias	5
5º	— com retenção de urina e hydronephrose, complicada ou não de peritonite	4
6º	— com retenção de urina só, complicada ou não de lesões inflammatorias	6
7º	— com retenção de urina e degenerescencia renal	3
8º	— com outros derramamentos no tecido cellular ou nas serosas	2
9º	— hydrothorax	1
10º	Casos complexos : 1º, hypertrophia do figado, hydrocele e œdema do couro cabelludo; 2º, hypertrophia hepatica, splenica e peritonite	3

Deduz-se das observações de Van Gelder que, na maioria dos casos, a ascite é complicada de lesões inflammatorias do peritoneo ou de lesões multiplas das visceras abdominaes.

A quantidade de liquido varía de 300 grammas á muitos litros e é ordinariamente constituido por uma serosidade amarella. Póde entretanto ser claro e limpido, escuro, escuro-esverdeado, amarello-avermelhado, etc. Essas diversas colorações são talvez devidas á mistura de sangue derramado.

Muitas outras lesões podem coexistir com a ascite, bem como muitos vicios de conformação: labio lepurino, imperfuração

do larynge, do anus, ausencia do scroto, persistencia do ouraco, ausencia do cœcum, do colon, etc.

Como causas da ascite, Van Gelder dá a syphilis, as lesões inflammatorias, com ou sem alteração das visceras abdominaes, e a retenção da urina. Não crê que qualquer obstaculo opposto ao curso do sangue possa ser causa da ascite congenital, como julga excepcional a ascite por dyscrasia.

Os symptomas que podem nos levar ao diagnostico durante a gravidez, cifram-se no desenvolvimento exagerado do ventre, na rapidez deste desenvolvimento, no œdema, nas perturbações respiratorias, na diminuição dos movimentos fetaes, na ausencia de ballotement, etc.

Estes signaes não são entretanto caracteristicos, porque podem se manifestar em outras circumstancias, que naturalmente nos exporiam ao erro, se nelles baseassemos o diagnostico. A ascite apenas póde ser suspeitada na occasião do parto. Expulsa a cabeça ou assento, o trabalho do parto cessa e o tronco resiste ás contracções uterinas energicas e ás tracções exercidas pelo parteiro Este introduzirá a mão e certificará do estado do abdomen. Se houver augmento de volume e perceber fluctuação, duvida nenhuma existe que o abdomen está distendido por uma collecção liquida. Será uma ascite ou um caso de retenção de urina? O diagnostico não poderá ser estabelecido senão depois da expulsão do feto.

O prognostico é desfavoravel para os fetos e para as mães depende da intervenção. A apresentação da extremidade pelviana não é rara e em 40 observações notou Van Gelder seis vezes a apresentação podalica, uma vez a da espadua e outra vez a da face.

Conhecida a natureza do embaraço, a puncção é ainda o meio preconisado para terminar o parto. Depaul aconselha praticar-se á alguns centimetros do pubis a puncção, servindo o cordão umbilical de guia. Nem sempre é possivel seguir-se esse preceito, porque o diagnostico ordinariamente é feito depois do feto acharse mutilado. Em taes circumstancias, diz Charpentier, o dedo serve não poucas vezes de instrumento perfurador.

Caseaux diz que o parto póde terminar expontaneamente nos casos de grande distensão do abdmen e o mecanismo pelo qual elle se faz, é o seguinte: — Descida uma parte do tronco na escavação, grande quantidade de liquido é recuado para a parte superior, onde fórma um grande tumor; e a parte que se acha na escavação não estando repleta, offerece naturalmente menor resistencia e por conseguinte, debaixo de contracções uterinas energicas, o liquido da parte superior precepita-se para a inferior, o tumor se disfaz e o parto se termina.

É um modo de terminação excepcional e nenhum parteiro deve esperar semelhante resultado, pois que qualquer demora no emprego dos meios reclamados póde ser fatal á vida da mãi.

V. — Retenção de urina

O excessivo desenvolvimento do reservatorio vesical, em virtude de retenção de urina, constitue uma causa de dystocia, que foi muito bem descripta por Depaul em 1850. É a molestia do apparelho urinario que mais commummente oppõe-se á terminação do parto e que desde muito attrahio a attenção dos parteiros. A primeira observação data de 1685 e pertence a Portal. Em 1842, Duparque em uma Memoria sobre essa causa de dystocia referio dous casos, dos quaes um foi minuciosamente analysado. Depaul cita em sua Memoria cinco casos, pertencendo um destes á sua clinica. Joulin cita em sua these dois outros que foram publicados nas *Transat. de la Société obstétricale de Londres* de 1865. A hydropesia do reservatorio urinario póde invadir os ureteres e os rins e coexistir com outras lesões.

Para Duparque e Depaul, a verdadeira causa da distensão da bexiga reside na imperfuração da uretra; mas Joulin diz que, em certos casos, havia communicação livre entre a bexiga e a uretra e que, á uma molestia cuja natureza nos escapa e que coincide com embaraços de desenvolvimentos e alterações

incompativeis com a persistencia da vida intra utrina, deve-se attribuir a retensão da urina.

Acha-se, pois, em opposição á Depaul que delara que as alterações dos orgãos urinarios não compromettem a viabilidade do fecto.

A retenção de urina é acompanhada algumas vezes de certos vicios de conformação, como gueule-de-loup, imperfuração da vagina e do anus, de pied-bot, etc. Em um feto do sexo feminino, Charpentier verificou, além da obliteração da uretra, todos esses vicios de conformação.

O diagnostico é difficil antes do parto e mesmo durante o trabalho. Pela introducção da mão na madre reconhece-se que se trata de um tumor liquido, cuja séde, nesta ou naquella parte do abdomen, só mais tarde poderemos determinar. Duparque assim se exprime :

Mais il serait difficile, impossible même, de reconnaitre le siège de cet épanchement, s'il est dans le péritoine au dans la vessie, en un mot, s'ily a hydropesie, ascite ou rétention d'urine.

Joulin pensa do mesmo modo.

O tratamento consiste na punção, que será praticada com todo o cuidado, como exige Depaul. O logar de predilecção está situado a alguns centimetros do pubis e o cordão umbilical será o guia mais seguro para chegarmos ao ponto mais favoravel. Este sabio professor recommenda ainda que não se perfure as azas intestinaes.

Se o conselho de Depaul é de facil execução quando a extremidade pelviana se apresenta, nas apresentações cephalicas, ainda que o trocater seja muito curvo, é impossivel attingir-se ao ponto de predilecção. E tanto nestas, como naquella apresentação, a perfuração das azas intestinaes é uma circumstancia que não se acha suburdinada á nossa vontade.

Joulin pois tem razão quando diz que as prescripções de Dapaul são mais theoricas do que praticas e que, embora os fetos

sobrevivam ao parto, succumbem algumas horas ou alguns dias depois do nascimento.

Se a ascite complica a retenção da urina, devemos punccionar tanto o abdomen como a bexiga.

VI. — Molestias de outros orgãos

Certos orgãos são algumas vezes séde de alterações pathologicas, que accarretam pelo seu effeito embaraços ao mecanismo do parto e que, em certas circumstancias, podem obscurecer o diagnostico, que só depois da expulsão do féto será corrigido. Produzem verdadeiros tumores, que constituem causas serias de dystocia.

Tumores dos rins. — Æsterling e Siebold citam observações em que o parto tornára-se laborioso pelo desenvolvimento excessivo dos rins. Empregaram grandes exforços para terminar o parto. Manso, em um caso identico, foi obrigado, depois de ter arrancado a cabeça e o braço, á praticar a evisceração. Hering, chamado para terminar o parto nas mesmas condições, teve de mutilar completamente o feto. Guilleton e Ollier em um caso em que o feto se apresentou pelo assento, em virtude de tracções energicas, arrancaram os membros inferiores. Mais tarde o parto teve lugar expontaneamente e pela autopsia verificaram que o tumor era formado por dois enormes rins, que não estavam degenerados.

Chevance, depois de uma puncção e versão inuteis, foi impellido a praticar a eviscerão em um feto, cujos rins pesavam 1,000 grammas. Levi teve igual procedimento em caso semelhante, notando-se que o feto era hydrocephalo. Chevandier refere um outro exemplo de dystocia pela hypertrophia dos rins.

Em nenhum desses casos o diagnostico foi firmado, o que prova as difficuldades com que o parteiro luta.

Se as tracções forem impotentes, a visceração é o unico meio de terminação do parto. (Joulin.)

Tumores do figado. — Haase e Nöggerath citam casos de dystocia pela hypertrophia excessiva do figado. Letullo um de tumor hepatico produzido pela syphilis.

Kollsch refere um caso, porém, de hernia deste orgão, que embaraçou a marcha do trabalho.

Tumores do baço. — Petit Mangin e Voss tiveram de lutar contra os obstaculos constituidos pela hypertrophia extraordinaria do baço. O tratamento é o mesmo que foi indicado para os tumores dos rins.

Tumores de outros orgãos. — Gervis cita um caso de dystocia produzida pela distensão excessiva da madre de um feto.

Gomer Davies, um tumor constituido pelo utero, que se abria em uma vasta cavidade kystica situada abaixo.

Rogers, uma degenerescencia kystica de um testiculo retido no abdomen.

Phenomenow refere, emfim, um caso em que o tumor era formado por um vasto aneurisma da aorta.

VII. — Reunião ou fusão do feto com a madre ou com os elementos do ovulo

Esta causa de dystocia é rara, mas Joulin reunio um certo numero de exemplos, que o permittiram formar uma nova classe.

Adherencias do feto á madre. — Hall, em um parto laborioso, introduzio a mão no utero e encontrou um tumor fusiforme, constituido pela parede interna do orgão, que tinha sido attrahida para dentro por uma dobra adherente ao prepucio e ao scroto do

feto. O parto terminou no dia seguinte pela ruptura desta dobra. Steiwmetz, em um caso de apresentação do assento, depois de esforços inuteis, encontrou, pela introducção da mão no utero, uma adherencia intima entre a espadua direita do feto e a parte correspondente do utero. Praticou a operação cesariana, mas a mulher succumbio antes da sua terminação. Havia fusão completa entre a parede uterina e os elementos do feto; os ovarios e a madre estavam hypertrophiados. Deve-se notar que no sexto mez da gestação, a mulher, a cada movimento do feto, experimentava dôres violentas no ponto em que existiam as adherencias. O feto estava morto. Joulin diz que neste caso prefiria fazer a secção da adherencia anormal do que praticar a operação cesariana.

Adherencias do feto ao placenta. — A adherencia do feto ao placenta é uma causa de dystocia bem conhecida, que exige a separação deste orgão do utero para se fazer a extracção.

Robert Lee referio um caso de adherencia do placenta ao frontal. Portal, em caso semelhante, certificou que a adherencia partia do parietal direito. O feto era notencephalo. Constallat apresentou á Academia de medicina um feto, em que o placenta inseria sobre a linha mediana da face. Na região sacra existia uma spina-bifida. No caso de Breschet, o planceta está unido ao feto pela parede abdominal e havia um desvio da columna vertebral na região lombar.

Chausser observou um feto em que seus membros abdominaes estavam voltados sobre o dorso e em que o placenta se inseria directamente na parede abdominal. Lauray, um caso em que o couro cabelludo estava soldado ao placenta. A apresentação era a da espadua. J. Pies, em uma apresentação de espadua, praticou tambem a versão e poude com trabalho extrahir o feto, que estava unido ao placenta por tres dobras: a maior estava fixada ao dorso; a segunda se inseria no braço esquerdo, e a terceira estava ligada á cabeça, que apresentava diversos vicios de conformação. Rayer apresentou á Sociedade um feto, cujo craneo

adheria ao placenta e Houel falla em tres outros casos, que pertencem ao museu de Dupuytrem. (Joulin). Whittaker, Schumacher, Rolof, Elsholz e Joerg referem observações de fetos unidos á madre ou ao placenta, e tambem soldados entre si. No caso de Joerg, as espaduas do feto estavam soldadas á região lombar e sacra pela pelle. O feto se achava desta maneira dobrado em dois, e a cabeça collocada ao nivel da face posterior das coixas. Estes ultimos factos são relatados por Nœgele e Grenser, e por Charpentier.

Em todos estes casos, este genero de dystocia era acompanhado de lesões incompativeis com a vida e o cordão umbilical era em geral curto.

Desprendido o placenta, deve-se fazer a extracção immediata do feto, para que o utero volte sobre si e evite uma hemorrhagia, que seria prejudicial á mãe.

VIII. — Tumores da região sacra, ano-perineal, etc.

Nestas regiões podem se desenvolver tumores de natureza differente, que pelo volume a que attingem, podem trazer embaraços serios ao mecanismo do parto.

Na região ano-perineal se notam kystos, sarcomas, fibromas, cystofibromas, lipomas, tumores caudaes formados por vertebras coccygeanas e outros tumores de natureza complexa. Estes tumores, segundo Braune, não têm communicação alguma com o canal rachidiano.

Ao lado desses tumores podem existir outros, que estejam subordinados a uma lesão do canal rachidiano. Duplay os denomina cysto-sarcomas.

Nestas regiões se notam tumores que são manifestamente devidos a uma inclusão fetal e cujo numero de factos observados permittio a Joulin formar uma classe especial. Os casos referidos

por este professor em sua these pertencem a Chedevergne, Capuron, Martin, Wille, Lassono, Constantin Paule e a Rubis.

Estes tumores se dividem em superficiaes e profundos, e não se manifestam por signal algum especial. Dos profundos trataremos mais tarde, visto que neste capitulo só nos occupamos daquelles que tem sua séde na parte exterior de certas regiões.

Emfim, Braune ainda descreveu um tumor que elle designa sob o nome de tumor papillar, constituido por uma proliferação de elementos villosos.

Quasi todos apresentam a fórma hemispherica ou allongada, uma superficie lisa, unida e algumas vezes irregular. O volume, que é variavel, póde attingir a dimensões extraordinarias. O envolucro exterior é formado pela pelle, onde trajectam vasos dilatados. O conteúdo consta de partes solidas e liquidas. Segundo Depaul, as partes solidas são constituidas por tecidos embryoplasticos e segundo Duplay e Molk por fragmentos de tecido normal. Ainda se encontram materias graxas.

A par desses tumores de natureza variavel, tanto na região coccygena, como na região sacra, póde-se encontrar a *spina-bifida*, que segundo as observações de Virchow, Cayrel, Porro, etc., produzem pelo volume excessivo embaraços serios á expulsão do feto.

A spina-bifida póde situar-se em toda a extensão do rachis, mas a sua séde mais frequente é na região lombar, e depois nas regiões lombo-sacra e dorsal Na região dorsal, é pedicular e communica-se com o canal rachidiano por um orificio estreito, e na região lombar é sessil e o orificio de communicação é largo. O volume raramente excede ao de um ovo e a fórma é arredondada ou ovalar. O envolucro exterior é formado pela pelle, pelo tecido cellular subcutaneo e pela dura-mater. Póde ser transparente e algumas vezes ulcerado, deixando transudar o liquido contido na cavidade. Quando é situado na região lombar, as suas paredes são percorridas por partes nervosas e a cavidade póde conter parte da medulla.

A abertura do rachis é devida a uma ossificação incompleta das laminas e apophises espinhosas e quasi sempre interessa tres

ou quatro vertebras. A spina-bifida é ordinariamente acompanhada de outros vicios de conformação e embora os fetos nasçam vivos, a sua existencia é de pouca dura, não excedendo quasi nunca ao primeiro anno.

O diagnostico de todas estas especies de tumor é impossivel, ainda que se faça um exame com todo o cuidado. Joulin diz, entretanto, que a existencia de partes duras e solidas é um signal bem valioso; mas o conhecimento de taes partes é difficil e nos escapará na maioria dos casos.

Quanto ao prognostico, elle é mais desfavoravel aos fetos que, ou succumbem durante o trabalho, ou pouco tempo depois do nascimento.

Reconhecido o embaraço, se procurará extrahir o feto por meio de tracções energicas e no caso de insuccesso recorrer-se-ha ás incisões. Ainda diante dos obstaculos desta natureza, os interesses da mãi devem-nos preoccupar mais, terminando com brevidade o parto.

IX. — Tumores diversos

Citam os auctores ainda outros tumores que, excepcionaes e pouco numerosos, podem constituir causa de dystocia. Os tumores do pescoço, a ankylose, a gibosidade, o œdema geral e o emphysema estão neste caso e por isso, de uma maneira succinta, iremos dizer algumas palavras sobre elles, citando todos os factos que registram as obras classicas.

Tumores do pescoço e do abdomen.— Caseaux refere um caso de tumor do pescoço, que pertence a Monod. Era pediculado, de modo que movia-se para os lados. Depois de 22 horas de espectação, o parto se terminou por meio de uma applicação de forceps. Julga Monod que o tumor era de natureza cancerosa. Chalmer cita um caso identico.

Ozanam refere dois casos kysticos, um do abdomen e outro da região pubiana.

Ankylose do feto.— A observação da ankylose do feto que todos os tratados de partos trazem, é a que se refere á Busch. Sob a acção de esforços energicos de extracção, os membros quebraram-se e o parto se terminou.

Jaencke extrahio, por meio do forceps, um feto que apresentava uma ankylose escapulo-humeral direita. Hohl e Braune referem casos semelhantes ao de Busch. Bird observou uma ankylose dos dous joelhos em estado de flexão. Em um feto hydrocephalo, Becourt, depois de ter prefurado o craneo, sentio muitas difficuldades na extracção em virtude de uma ankylose de um dos joelhos.

Richard Saint-Thomas empregou grandes esforços para extrahir um feto, depois de praticada a versão. O obstaculo residia na columna vertebral, que estava ankylosada.

Joulin que colleccionou todas estas observações, diz que embora o trabalho seja laborioso, o parto não é impossivel. As tracções devem ser feitas com cuidado, não trazendo todavia a ruptura dos membros ankylosados gravidade alguma.

Gibosidades.— Depois de ter prefurado o craneo de um feto hydrocephalo, Nivert vio o trabalho cessar na occasião em que as espaduas franqueiavam a vulva. O obstaculo era devido á uma gibosidade de duas pollegadas. Stoltz observou um caso semelhante. Hohl cita dois casos. Montant em um feto cuja extracção offereceu difficuldades, certificou um reviramento para atraz da columna vertebral, de modo que os pés tocavam o occiput. Existia tambem uma curvatura lateral da haste vertebral, que permittia que a espadua esquerda tocasse o quadril do mesmo lado.

Joulin diz que em casos desta natureza é impossivel indicar o meio de intervenção mais racional e que ao pratico compete a escolha daquelle que achar mais conveniente.

Œdema generalisado do feto. — É uma causa de dystocia sem mportancia e que só excepcionalmente poderá embaraçar a evolução do parto. Meisner, Delamotte, Hohl, Dorstenius, Lamouroux, Billard, Killer, Schurigins, Osiander, Carus, Selen, Betschler, Steinwirker, Lauson Tait, Protherde Smith e Bassel observaram a hydropesia do tecido cellular e em todos estes casos a intervenção foi reclamada.

O cephalotribo, o colchete, as incisões profundas e multiplas são os meios de que devemos lançar mão para reduzir o volume do feto, cuja vida ou extingue-se na occasião do parto, ou pouco tempo depois do seu nascimento.

Emphysema. — É depois que o feto cessou de viver e que a ruptura das membranas dão accesso ao ar na cavidade uterina, que esta alteração se produz. O feto se putrefaz e o emphysema se desenvolve. Póde ser geral ou parcial e o volume á que o feto attinge, póde produzir serios embaraços.

Caseaux attribue dois casos á Merriman. P. Dubois cita um outro em que existia concumitantemente um estreitamento da bacia. A operação cesariana tornou-se imprescindivel. Depaul, Lagonaix referem casos de emphysema. Charpentier cita dois outros.

O desenvolvimento enorme do ventre, o som tympanico do abdomen, o odôr dos liquidos que sahem pela vulva, o estado geral da doente e alguns elementos que nos fornece a anamnese, são signaes valiosos para o diagnostico. A hydropesia generalisada póde, entretanto, confundir-se com o emphysema; mas neste caso, a fluctuação abdominal póde evitar o erro.

O tratamento consiste na puncção e se esta não fôr sufficiente, recorrer-se-ha ao cephalotribo e ás incisões extensas e profundas.

3ª classe. — Apresentações e posições viciosas

A despeito da opinião dos antigos que só consideravam como normal a apresentação de apice, os trabalhos e observações dos parteiros modernos provam á evidencia que as apresentações da face e da extremidade pelviana são em gerál regulares e que, embora o trabalho seja mais laborioso, o parto se termina unicamente debaixo da acção do organismo.

Mesmo na apresentação do tronco, a observação mais attenta e rigorosa tem demonstrado que o parto expontaneo tem logar. Factos desta natureza são todavia excepcionaes e não servem senão para attestar o poder da natureza.

As apresentações de face e extremidade pelviana que na maioria dos casos são normaes, podem se tôrnar viciosas e conseguintemente — constituirem verdadeiras causas de dystocia.

Dessas apresentações e das posições que fogem á lei do mecanismo do parto, iremos nos occupar, pondo em relevo todos os embaraços e meios operatorios de que o pratico tem de se servir para remoção do obstaculo.

I. — Apresentação de apice

É a apresentação mais commum e que menos perigos apresenta; mas como as outras, offerece certas irregularidades, que devem ser objecto de attenção por parte de quem se dedica á este ramo da cirurgia.

As inclinações de apice se corrigem em geral com facilidade e a expectação deve com razão em taes casos ser a conducta do pratico. Mas se o parto se prolonga além de certo tempo, a expectação deve ceder o logar á arte, porque de uma demora

imprudente podem resultar consequencias prejudiciaes á mãi e ao filho.

E tanto nestas apresentações como nas posições que não se convertem em posições pubianas, o pratico tem um guia e este é o estado da parturiente e do feto.

Varios são os meios operatorios e ordinariamente se começam por aquelles de menor gravidade. Em primeiro logar estão as manobras manuaes, que podem ser de alguma utilidade.

Introduzida a mão cuja face palmar melhor abraçar o vertex, com a outra comprime-se a região hypogastrica e tenta-se deste modo affastal-o da fossa illiaca, obrigando-o a descer.

Falhando este meio, temos a alavanca cujo emprego Caseaux combate, preferindo o forceps que apresenta sobre ella vantagens incontestaveis. Se ha necessidade urgente de intervir, diz Caseaux, o forceps satisfaz plenamente esta condição e por este facto deve merecer a preferencia.

Se o forceps não agarrar bem o occiput, devemos appellar para a versão podalica, que dá em taes condições resultados admiraveis. O seu emprego, porém, é subordinado á condição de mobilidade do feto acima do estreito superior. E, como se sabe, a mobilidade do feto depende de uma certa quantidade de liquido amniotico, que impede a applicação das paredas uterinas sobre o producto da concepção.

Cada um dos meios operatorios, como se vê, tem a sua indicação e ao parteiro intelligente cabe a escolha do que julgar mais conveniente.

De todas as posições occipitaes, às posteriores são as que commummente oppõem mais difficuldade á conversão e reclamam intervenção energica. A rotação interna que fórma o terceiro tempo dos phenomenos mecanicos do parto, é uma condição essencial para a marcha regular do trabalho, acarretando a sua ausencia difficuldades, perigos e mesmo impossibilidade do parto.

É exacto que na posição occipto-posterior póde o parto se terminar expontaneamente; mas como observam todos os

parteiros, o desprendimento do feto nesta posição é grave, pois que podem resultar consequencias fataes á mãi e ao filho.

Nesta posição, as manobras quer internas, quer externas, são empregadas, mas o forceps é o instrumento que mais successos conta. Os autores entretanto, não estão de accordo sobre o seu modo de emprego e como veremos neste instante, uns preferem a rotação artificial e outros o desprendimento para atraz.

Caseaux, Dugés, Velpeau, Grenser, Sentex, Schœder, Levret, Nægele e muitos outros illustres parteiros, querem que se desprenda sempre o acciput para atraz, não se tentando a rotação artificial. Por outro lado, Smellie, Bandelocque, Sympson, Joulin, Jacquemier, Ramsboatham, Depaul, Tarnier, Charpentier e muitos outros, tentam a rotação artificial e só no extremo desprendem o acciput para atraz.

Pajot ensaia a principio a rotação artificial e no caso de insuccesso desprende o acciput para atraz, por um processo que lhe pertence.

A torção do pescoço póde se dar nas tentativas de rotação, mas as experiencias de Blot e Tarnier nos animam á experimentar o processo de Smellie, Depaul, Sympson, etc., pois que autopsias feitas com todo o cuidado não revelaram lesão apreciavel do rachis ou da medulla do feto.

Nas posições transversaes, a ausencia da rotação interna, ou é devida á fraqueza das contracções uterinas, ou á um encravamento das espaduas, como queria Levret. No primeiro caso, uma simples applicação de forceps é sufficiente para conduzir ao acciput á symphyse pudiana; e no segundo, este meio póde não seguir-se de resultado immediato.

Comprehende-se que este phenomeno possa se dar, correspondendo o diametro bi-acromial ao menor diametro da bacia; e neste caso, o melhor processo operatorio consiste no conselho de Levret:

Colloca-se a mulher sobre seus joelhos e cotovellos e a cabeça abaixada para evitar-se o peso das espaduas contra as partes genitaes; depois introduz-se a mão

entre a cabeça e as paredes da bacia, agarra-se a espadua que está encravada ao nivel do angulo sacro-vertebral, impellindo-a para o lado afim de mudar a sua posição.

É uma manobra difficil e mesmo vexatoria, porém a que mais convém no caso de viabilidade do feto.

Jacquemier diz que, estabelecido o diagnostico, o conselho de Levret, abraçado por Desormeaux, deve ser seguido ; mas como o diagnostico é difficil, o forceps, bem que irracional, é a unica fonte que nos resta.

Nas posições occipitaes, o movimento de rotação póde ser ainda embaraçado pela formação de um tumor sero-sanguinolento, que se introduz na arcada pubiana. O forceps é ainda indicado.

II. — Apresentações de face

Depois da apresentação do tronco, a da face occupa segundo logar na escala da gravidade. Não é, com effeito, uma apresentação tão innocente, como queria Lachapelle: ella é grave e exige não poucas vezes o emprego de meios extremos.

Nas posições que Baudelocque designava sob os nomes de posições dos lados da cabeça, das orelhas, das fontes e do occiput, a intervenção não é aconselhada, porque ordinariamente a conversão se opera expontaneamente; mas decorridas 5, 6, 7 e 8 horas depois da escoação do liquido amniotico, a conversão artificial deve ser tentada.

Como nas posições occipitaes, as manobras manuaes tem vantagens e á ellas devemos recorrer em primeiro logar, ficando subentendido que se deve corrigir a obliquidade uterina, quando existir. A mão sendo impotente para operar a conversão, os parteiros aconselham a alavanca, que parece não ter merecido á principio a confiança de Caseaux. Este sabio professor, entretanto, mais tarde reconheceu que, quando a cabeça acha-se elevada de modo á impedir a introducção do segundo ramo do forceps

no logar convencional, a alavanca deve ser preferida e em suas mãos foi um auxiliar poderoso na conversão da apresentação da face em apresentação de apice. Temos ainda o forceps e a versão podalica que dão bons resultados, tendo cada um a sua indicação.

As posições mento-posteriores e mento-sacras directas são sem duvida aquellas em que o mento maior espaço tem de percorrer para attingir a symphyse, e por conseguinte com mais difficuldade se converterão em posição mento-pubiana. Em posição mento-posterior o parto é impossivel e a razão é facil de se dar. O pescoço do feto não mede senão 7 á 8 centimetros, emquanto que o sacro e o perineo distendido attingem ao algarismo de 26 centimetros; ora, para que em taes condições o parto se dê, é necessario que o peito se introduza como a cabeça, o que é absurdo. Veremos, entretanto, que o desprendimento do feto nesta posição é aconselhada por muitos parteiros, e tambem por Caseaux, ignorando todavia o mecanismo porque a expulsão tem logar.

As manobras internas com o fim de converter a apresentação de face em apresentação de apice não inspiram confiança á Caseaux.

O forceps e a versão podalica tem as suas indicações. Quando a cabeça no estreito superior goza de certa mobilidade, a versão podalica deve ser preferida ; mas quando a cabeça está fortemente introduzida, de modo que a immobilidade é completa, o forceps deve ser empregado.

Caseaux mostra certa predileção para a versão podalica, que com razão deve ser tentada, quando o diagnostico fôr feito antes do completo escoamento do liquido amniotico.

O forceps deve ser considerado um meio extremo e como tal fornece resultados inesperados que nos animam á experimental-o, e acarreta tambem inconvenientes irremediaveis. Mas sendo fonte ultima, um successo é uma victoria e uma decepção a confirmação do juizo do parteiro. A luxação da articulação atlaïdo-axoidiana é quasi sempre a consequencia da rotação artificial. que póde não se operar, apezar de exforços energicos. P. Dubois, entretanto, teve dois sucessos e Tarnier um, não deixando de

reconhecer a gravidade e os perigos dos movimentos impressos á cabeça do feto.

Firmado nos resultados obtidos pelo Dr. Blot, Caseaux aconselha que se imprima á cabeça um movimento apenas necessario para conduzil-a ao ramo ischio-pubiano, esperando que as contrações uterinas completem o movimento de rotação.

No caso porém em que a rotação não se operar, Smellie, Meza, Siebold e Caseaux mandam exercer, depois de applicadas as colhéres do forceps sobre os lados da cabeça, tracções directamente para abaixo e para atraz com o fim de abaixar a cabeça.

Esta pratica, diz Caseaux, não está isenta de objeções e embora não se possa explicar o mecanismo do parto nestas circumstancias, a questão é que elle tem logar.

Antes de tentar a flexão, é sempre conveniente imprimir á cabeça um ligeiro movimento de rotação, que conduza o mento para uma das symphyses sacro-illiacas, de preferencia para a direita para evitar-se a compressão do recto. (Naturalmente esta rotação deve ser apenas nas possições sacras directas.)

Emfim, Caseaux declara que, apezar de suas convicções exclusivistas em adoptar as tracções directas, pensa hoje com a maioria dos autores que a combinação dos dois meios—rotação e tracções directas — tem vantagens reaes e sobretudo quando a craneotomia parece inevitavel.

Se todos esses meios falharem, seremos forçados á lançar mão da craneotomia e da cephalotripsia.

III. — Apresentação da estremidade pelviana

Menos frequente que a apresentação de apice e mais commum que a da face, a apresentação do pelvis não póde ser considerada como uma causa de dystocia, visto que a terminação expontanea do parto é attestada pela observação dos parteiros.

As posições inclinadas do assento são geralmente determinadas pela obliquidade pronunciada do utero, unico obstaculo que oppõe a introducção da cabeça. Nestes casos, a indicação consiste em corrigir a obliquidade, dando ao assento uma direcção normal.

Baudelocque admitte que o volume consideravel das nadegas possa embaraçar o trabalho, mas como fez notar Joulin, o obstaculo ordinariamente reside do lado da mãi, podendo depender de uma bacia estreitada, de inercia uterina e excepcionalmente de um feto monstro.

Na posição sacro-sacra, diz Moreau que foi sempre obrigado a intervir, tendo observado accidentes graves, como: escaras extensas, despedaçamento do perineo e do recto. Moreau não declara, entretanto, de quantos casos deduzio o seu juizo e se taes accidentes reproduziram-se em todas as observações. Felizmente, esta posição é rara e nem sempre traz consequencias tão graves.

Verificado o embaraço, o pratico tentará desprender os pés quanto forem accessiveis ou recorrerá á tracções prudentes sobre a dobra da verilha, quer com o dedo em flexão, quer com o colchete rombo.

IV. — Apresentação do tronco

A apresentação do tronco constitue uma causa essencial de dystocia, sendo rara a expulsão expontanea do feto, que em nada attenua as consequencias perniciosas, que lhe são peculiares. Neste caso, isto é, quando o parto é expontaneo, toma o nome de *evolução expontanea.* Feito o diagnostico antes da ruptura das membranas, o pratico deve intervir, praticando a versão por manobras externas, de modo a conduzir para o estreito superior uma das extremidades do grande diametro fetal. A versão póde ser obra da natureza e nestes casos é denominada *expontanea.*

A versão por manobras externas não é difficil, porém a posição viciosa tem uma tendencia consideravel a se reproduzir.

Para evitar-se este accidente, diversos meios foram postos em pratica, mas nenhum satisfez plenamente o seu fim. A cinta eutocica de Pinard, fabricada por Mathieu, tem dado resultados, mas apresenta tambem inconvenientes. Nas proximidades do parto, todavia, a cinta eutocica póde prestar auxilios, e por isso deve-se empregal-a desde que não haja qualquer circumstancia da parte da parturiente que a contra-indique.

Se as manobras externas forem impotentes, recorrer-se-ha á versão podalica, que nem sempre póde ser operada. Se ha retracção permanente do orgão, o pratico empregará clysteres laudanisados com o fim de obter o relaxamento, que não deve attingir os limites da inercia. Emfim, como fonte extrema, temos a embryotomia.

4ª Classe.—Procidencias ou direcções viciosas dos membros

Lachapelle denominava procidencia a presença ao nivel ou abaixo do estreito superior, de uma parte do feto que não pertença á região que se apresenta.

Entendida assim, esta difinição exclue absolutamente desta classe a presença das mãos na apresentação do tronco e dos pés na apresentação da extremidade pelviana: ha então deflexão dos membros, mas não procidencia. Na apresentação do apice póde haver procidencia da mão, do braço e do pé, como na apresentação do assento, a mão e o braço podem-se tornar procidentes.

Um membro superior e outro inferior ou um superior e dois inferiores e vice-versa, podem-se apresentar no estreito superior. A procidencia é mais commum nos membros superiores e em 278 casos Depaul notou sómente 18 vezes a procidencia de um pé com a apresentação cephalica. Na apresentação da espadua, a procidencia póde-se dar, mas este accidente é ordinariamente devido a tentativas inhabeis de versão.

Como causas das procidencias, tem-se invocado a abundancia do liquido amniotico, a pequenez e a morte do feto. A pequenez é sem duvida uma das causas, mas a procidencia tem sido encontrada em fetos de todos os volumes. Appellam ainda para a obliquidade uterina, para os vicios de conformação de bacia, para as gravidezes gemeas, para as apresentações anormaes e emfim para todas as circumstancias que impedem a accommodação exacta do feto no estreito superior.

No diagnostico devemos reconhecer : 1º, se existe realmente procidencia; 2º, qual a parte fetal que faz procidencia.

A presença na vagina de um membro nos conduz ao diagnostico ; mas certificada a procidencia, o parteiro deve vêr se ella não pertence á parte apresentada, o que satisfaz o primeiro quesito.

Para verificar-se qual o membro procidente, não existe difficuldade senão quando a parte apresentada acha-se acima do estreito superior. Se é o apice que se apresenta, Depaul aconselha applicar a parte procidente contra o tumor cephalico resistente e nesta posição apreciar os caracteres que nos permittem a distincção entre os membros superior e inferior. Na apresentação pelviana o diagnostico só será feito quando os trabalhos do parto estiverem adiantados.

Consideremos as procidencias em cada uma das apresentações :

Apresentação do apice.— Diversos casos podem se dar :

I.—PROCIDENCIA DE UMA OU DUAS MÃOS, DE UM OU DOIS BRAÇOS AO LADO DA CABEÇA.—Quer antes, quer depois da ruptura

das membranas, póde-se reconhecer a presença de uma ou duas mãos ao lado da cabeça, as quaes augmentam a extensão do diametro bi-parietal.

Esta procidencia não complica o parto e á medida que a cabeça desce, os membros procidentes sobem. Se o braço faz procidencia com a mão, o parto póde ser ainda expontaneo si a bacia é normal, se o feto não é muito desenvolvido e se as contracções uterinas são energicas. No caso contrario, o parto é difficil e ainda o será mais si os dois braços fizerem ao mesmo tempo procidencia. Entretanto tudo depende do gráo de prolapso; si é pouco pronunciado, o parto ainda que laborioso, se faz sem intervenção; porém si a procidencia é consideravel, resulta uma especie de encravamento e si o parto não é impossivel, pelo menos torna-se muito embaraçado. (Credé).

A procidencia sendo reconhecida antes da ruptura das membranas, deve-se manter a mulher deitada até que as mesmas se rompam.

Assegura-se então do gráo de prolapso e se é pouco pronunciado, faz-se a reducção e mantem-se com a mão introduzida no utero a mão procidente até que as contracções se despertem. Si é o braço que complica a apresentação, a reducção deve ser tentada, e no caso de insuccesso se terminará o parto com uma applicação de forceps, tendo-se o cuidado de não comprimir o braço entre as colhéres do instrumento. Achando-se a cabeça acima do estreito superior ou pouco introduzida, a versão podalica póde ser de utilidade. Esses meios sendo impotentes, recorrer-se-ha a craneotomia ou a cephalotripsia.

II.—Procidencia de um ou dois pés.— É rara esta complicação, porque em 278 casos Depaul notou apenas 28 vezes. É necessario, ou tentar recuar o pé, ou recuar a cabeça puxando pelo pé, ou emfim empregar o forceps.

III.—Procidencia simultanea dos membros superiores e inferiores.— É ainda mais rara esta complicacão, que ordinariamente se dá quando os fetos estão mortos e macerados. Todavia Nœgale em um caso em que havia procidencia do braço direito e

do pé esquerdo, poude extrahir um feto vivo, recuando a cabeça e fazendo tracções sobre o pé. Monroe teve o mesmo successo em um caso em que um pé, os dois braços e o cordão se apresentaram ao estreito superior. No caso de Hartmann as partes procidentes eram os dois pés e o braço direito. Elles recuaram a cabeça e puxaram pelos pés.

Apresentação da face.—As procidencias nesta apresentação são de extrema gravidade e em geral o feto é sacrificado. Caseaux observou um caso em que a face se apresentou em mento-illiaca direita posterior, com uma bacia de 8 centimetros e em que havia procidencia de um pé. As tentativas de recuamento foram inuteis, o forceps não produzio resultado e Caseaux vio-se obrigado a recorrer á perfuração do craneo e á embryotomia. Charpentier teve dois casos identicos. Em um delles, a face se apresentou em mento-illiaca direita posterior e a parte procidente era um pé. O feto estava morto e este parteiro empregou a craneotomia e cephalotripsia. A procidencia proviera de uma tentativa inutil de versão. No segundo caso, a posição da face era a mesma e a complicação reconhecia a mesma origem. O cordão, um pé, um braço e uma das mão eram as partes que faziam procidencia. Os mesmos meios foram empregados, não conseguindo, Charpentier extrahir o feto senão depois de tel-o mutilado. A mulher succumbio; havia um estreitamento de bacia.

Apresentação do assento. — A procidencia da mão na apresentação da extremidade pelviana é rara e não produz senão uma complicação sem valor. Durante a extracção, todavia, e mesmo no parto expontaneo, um dos braços ou os dois podem-se elevar e collocar atraz da cabeça.

5ª classe. — Gravidez gemea

Na gravidez gemea a dystocia póde se produzir de dois modos diversos: 1º, os gemeos são bem conformados e isolados; 2º, os gemeos apresentam adherencias que podem attingir á fusão mais ou menos completa.

I. — Gemeos isolados

O parto é possivel desde que os fetos sejam pequenos e que cada um se apresente por sua vez ao estreito superior. Neste caso, um é expulso após o outro, não se manifestando accidente algum. Se os fetos, porém, se apresentam ao mesmo tempo, logo o embaraço apparece e a intervenção é reclamada.

Besson divide em predisponentes e determinantes as causas de dystocia na gravidez gemea. Nas primeiras, elle colloca a largura da bacia, um bolso d'aguas unico, a pequenez do feto e a sua falta de accommodação; nas segundas, a contracção espasmodica e tetanica do utero, quer seja expontanea, quer seja devida ao emprego intempestivo do esporão de centeio, a saliencia do bolso das aguas do feto superior abaixo da parte do feto que se apresenta e o impede de descer; a ruptura prematura do bolso do segundo feto e, emfim, a versão intempestiva (caso de Voakes).

A symptomatologia da gravidez gemea é eloquente, fornece certos signaes, cuja apreciação attenta firmará de um modo decisivo o diagnostico. Este, a parte mais brilhante das sciencias medicas, se deduz dos elementos que cada meio exploratorio fornece, permittindo chegar ao conhecimento de todas as modificações de fórma, volume, etc., por que passa a madre. Desde os primeiros mezes da gravidez, o abdomen adquire um volume

insolito e o utero pelo seu desenvolvimento exagerado repelle as partes molles que o cercam, e as comprimem, produzindo um œdema nos membros inferiores e no tecido cellular subcutaneo da região super-pubiana. A linha mediana que, na gravidez simples torna-se saliente, na gravidez gemea achata-se, deprime-se. Se os fetos, porém, estiverem collocados um adiante do outro, esta depressão não existirá.

A fórma do utero é variavel e depende da posição dos fetos, de seu numero e da quantidade de liquido amniotico. Se as duas cabeças dos fetos estiverem collocadas em sentido inverso, resultarão duas depressões e duas saliencias, uma abaixo e outra acima. Se as duas cabeças apresentam-se ao mesmo tempo, o fundo da madre dilata-se excessivamente. Quando as duas cabeças, porém, occuparem os angulos do utero, perceber-se-ha dois tumores separados por uma depressão e a fórma da madre será irregular e obliqua.

O apalpamento abdominal, praticado com methodo e attenção, fornece elementos preciosos, que nos dão a chave do diagnostico. Deprimindo-se as paredes abdominaes, reconhece-se que as partes fetaes parecem mais numerosas e que não deixam espaço algum livre na cavidade uterina. Póde-se com mais cuidado reconhecer as duas cabeças, os dois assentos e as duas regiões dorsaes. Adquirido este conhecimento, se praticará o tacto que será uma contra prova da apalpação.

A auscultação é tambem um meio valioso, que nos permitte chegar ao conhecimento da gravidez gemea. Os batimentos cardiacos, ouvidos em logares differentes, podem indicar a existencia de mais de um ser, porém é necessario que com o sthetoscopio sigamos a linha intermediaria á esses dois pontos. Se os batimentos forem se diminuindo á medida que caminhamos para a parte media da linha, a existencia de dois seres é incontestavel; mas se nesse ponto forem mais intensos, nenhum valor diagnostico terão, indicando apenas um phenomeno de transmissão. Estes signaes, todavia, podem faltar, desde que um feto esteja collocado adiante do outro.

O ballottement é difficil e algumas vezes impossivel, por causa da difficuldade mutua que cada feto oppõe ao outro, de executar o movimento de deslocamento. Quando existe, entretanto, grande quantidade de liquido amniotioco, o ballottement é possivel. Desormeaux e Caseaux conseguiram percebel-o em casos de gravidez gemea.

Depois de estabelecido o diagnostico, uma questão importante sob o ponto de vista clinico é saber a occasião em que o pratico deve intervir. Ora, o parto gemeo é ordinariamente natural, se opera unicamente debaixo das forças do organismo; e por conseguinte o melhor alvitre consiste na espectação. Entretanto, se a espectação sábia e prudente é uma necessidade, ella não deve prolongar-se por muito tempo, e o pratico deve guiar-se pelo estado geral da parturiente, pela duração do trabalho do primeiro feto, pelos diversos accidentes que podem sobrevir e cuja gravidade poderá avaliar por meio de um exame attento e minucioso.

A extracção dos fetos não deve ser precipitada, porque póde sobrevir a inercia uterina e consecutivamente uma hemorrhagia. Seria mesmo prudente, depois de convertida uma posição viciosa, deixar o trabalho expulsatorio ás potencias naturaes, servindo o pratico do forceps no caso de inercia uterina ou de qualquer accidente que possa comprometter a vida da mãi ou do filho.

Um facto interessante e que o pratico não deve ignorar, é o seguinte:

Quando um dos gemeos cessa de viver o outro continúa á desenvolver-se e o parto se faz com facilidade, sendo ambos os fetos expulsos ao mesmo tempo ou com differença de pequeno intervallo; mas póde acontecer que o feto morto fique retido na madre e como o volume do utero não disperta suspeita, decorrerá um tempo mais ou menos longos até que phenomenos inesperados chamem a attenção do parteiro.

Ora, nesta occasião o orificio interno do collo tem diminuido pela retracção das paredes e as difficuldades para obter-se a sua nova dilatação, são considereveis como se deu com Casauban.

Descriptos esses preliminares que não deixam de ter alguma utilidade, estudemos os casos em que a existencia de dois fetos póde difficultar o parto, reclamando intervenção.

Apresentação de apice. — Diversos casos podem se dar:

I.— Os dois fetos se apresentam pelo apice.— Geralmente os dois fetos se apresentam successivamente ao estreito superior e nenhuma difficuldade se nota; mas quando as duas cabeças se introduzem simultaneamente, surgem immediatamente embaraços e o pratico vê-se obrigado a intervir.

Em um caso dessa natureza, Chailly elevou a cabeça mais movel e permittio deste modo que a outra se introduzisse. No caso de Smellie era o bolso das aguas do segundo feto que impedia que o primeiro descesse.

Lespinasse vio em um parto gemeo o trabalho parar em virtude da fraqueza das contracções uterinas. Em outros casos, o embaraço é produzido pela cabeça do segundo feto que, ou se encaixa no pescoço do primeiro, ou depois da introducção da cabeça deste ultimo oppõe-se á descida do tronco.

Apezar, entretanto, desses casos de dystocia, Allan observou a expulsão das duas cabeças ao mesmo tempo, o que prova, diz Caseaux, que não devemos ter pressa de agir, empregando os meios extremos.

II.—O primeiro feto se apresenta pela cabeça e o segundo pelo assento. — Existe na sciencia um caso de Mauriceau. O bolso das aguas do segundo feto fazia abaixo da cabeça do primeiro saliencia, que o impedia de se introduzir.

III. — O primeiro feto se apresenta pela cabeça e o segundo pelo tronco. — Jacquemier cita um caso que pertence a Morgagni e Baudelocque refere um outro da clinica de Solayrés.

Apresentação do assento. — Póde-se observar:

I.— Os dois fetos se apresentam pelo assento.— Nas apresentações completas, não se introduzem simultaneamente, mas quando se acham em deflexão, os pés descem ao mesmo tempo e é

facil o pratico enganar-se exercendo tracções sobre elles. O diagnostico é difficilimo. Existem um caso de Arnaud, dois de Schultre um de Plesmann. Este ultimo parteiro fez suspender, como manda Hyppocrates, a mulher pelos pés e por este processo poude extrahir tres fetos.

II.—O PRIMEIRO FETO SE APRESENTA PELO ASSENTO E O SEGUNDO PELA CABEÇA. — Esta disposição dos fetos, diz Joulin, é a que tem fornecido mais exemplos de dystocia e que impossibilita o pratico de formular préviamente a conducta que deve ter. O volume dos fetos, o gráo de introducção, a immobilidade das partes contidas na excavação são circumstancias, accrescenta o mesmo professor, que influirão sobre a escolha do modo de intervenção.

Besson que analysou detalhadamente todos os casos conhecidos, diz que, embora o embaraço do parto possa ser devido a applicação da cabeça de um dos fetos sobre o thorax do outro, na immensa maioria dos casos elle é o resultado da applicação da cabeça de um dos fetos sobre a cabeça do outro. O parto póde ter logar das seguintes maneiras:

1º Os dois fetos se agarram reciprocamente pelo mento, a face de cada um delles voltada para o pescoço do outro;

2º O mento de um póde apoiar-se sobre o occiput do outro;

3º O occiput de cada feto póde-se encaixar de alguma sorte na nuca do outro;

4º O embaraço póde ser produzido pelas partes lateraes.

Nesses differentes casos, alguns parteiros, como Budin, Perrochaud, Sidney, Calise, Walter, puderam desprender o primeiro feto pelo recuamento da cabeça do segundo; outros empregaram o forceps (Hohl, Carrière, Balfous, Klingelhofer, Genth, etc.); outros empregaram a craniotomia (Thurnston, Irwin, Alexander); e Ducan, Brynes, Eten, Perry, Hoffmann e Meigs serviram-se da decapitação.

III. — O PRIMEIRO FETO SE APRESENTA PELO ASSENTO E O SEGUNDO PELO TRONCO. — Ha um caso de Baudelocque e outro de Dunal.

Apresentação do tronco. — Ha um só caso em que o primeiro feto se apresentou pelo tronco e este pertence a Bartscher. O segundo feto apresentou-se pela extremidade pelviana.

Pelo que temos dito, deprehende-se que não ha regras fixas no tratamento, que é dependente da natureza da difficuldade. Depois de feito o diagnostico, o pratico se servirá do forceps, versão, craniotomia, cephalotripsia e destroncação, conforme as exigencias e gravidade do caso. O emprego do esporão de centeio deve ser prudente, pois que póde comprometter a vida dos fetos e complicar a intervenção.

II. — Gemeos adherentes ou monstruosidades duplas

Os signaes que servem para distinguir a gravidez gemea, não permittem distinguir a adherencia ou fusão mais ou menos intima de dois fetos, a qual será conhecida, ou na occasião do parto, ou depois de terminado o trabalho. O diagnostico, pois, apresenta difficuldades e só por suspeita e por exclusão será feito durante o trabalho.

As monstruosidades duplas têm sido divididas debaixo de pontos de vista differentes. Considerando as difficuldades do parto, Playfair os divide em quatro classes:

1º Dois corpos quasi distinctos, reunidos pela sua face anterior ao nivel do peito ou do ventre; 2º Dois corpos quasi distinctos, porém reunidos dorso a dorso na região sacra e na parte inferior da columna vertebral; 3º Duas cabeças separadas em um só corpo; 4º Dois corpos completamente separados em toda a extensão, mas unidos pelas respectivas cabeças que, ou adherem-se simplesmente, ou acham-se em intima fusão. Veit não aceita esta divisão e classifica as monstruosidades debaixo do ponto de vista do tratamento, que cada caso requer. Elle cita: 1º Diprosopus observados por elle; 2º Cephalo-thoracopagus, que elle divide em Synkephalus e Prosopothoracopus observados por

Dernem, Schwartz, Klauber, Mackay, etc.; 3º Dipygus, que podem ser de di, tri e tetrabrachius (Lange e Kahler); 4º Kraniopagus (Playfair, Saint-Hilaire, Hohl, Munster, Villeneuve, etc.); 5º Ischiopagus (Prunay); 6º Pygopagus (Hohl, Normand, Keinwachter, etc.); 7º Dicephalus, dicephalus dibrachius e dicephalus com muitos braços e muitos pés, observados por muitos autores; 8º Tricephalus (Facello, Catanea-Renia, Zimmernn); 9º Thoracopagus (Playfair, Veit, Fansango, Asdrubali, Tarnier, Rintel, Lorentz, etc.); 10º Xyphopagus (Simpson, Jungmann, etc.)

Hergott admitte sómente que a adherencia dos fetos se faça em tres pontos: pela cabeça, pelo tronco ou pelo assento.

Charpentier, que transcreve em seu tratado de partos todas estas classificações, diz que os pontos seguintes devem ser objecto de exame e de attenção: 1º As monstruosidades duplas são mais frequentes nas multiparas do que nas primiparas; 2º A gravidez não attinge quasi nunca o seu termo regular e por conseguinte, nesses casos, os corpos tomados isoladamente não attingem senão o mesmo gráo de desenvolvimento ou um gráo inferior ao dos gemeos isolados, ponto importante relativamente á introducção; 3º Depois da apresentação do apice, as outras apresentações e particularmente as da extremidade pelviana são assás frequentes; 4º É necessario ter conta da fórma da monstruosidade, da séde e da extensão da fusão.

Charpentier divide as differentes fórmas de monstruosidade dupla em tres grupos: 1º Aquellas que tornam o parto difficil, unicamente pelo excesso de volume do corpo inteiro ou de alguma de suas partes: Dyprosopus, Cephalo-thoracopagus, e Dipygus; 2º Aquellas em que a fusão tem logar em uma ou outra extremidade do corpo, e por conseguinte, ou bem tem tendencia a se collocar extremidade com extremidade ou permittem ser collocadas assim artificialmente durante o parto; Craniopagus, Ischiopagus, Pygopagus; 3º Aquellas que apresentam uma mobilidade maior ou menor de deslocamento de cada corpo tomado isoladamente ou de differentes partes do corpo entre si, durante o acto do parto: differentes variedades de thoracopagus ou de dicephalus.

O tratamento varía com as diversas especies e depende de circumstancias varias que o pratico deve procurar conhecer. Mas, como já dissemos, o diagnostico é difficil e algumas vezes impossivel de se fazer; e, portanto, as regras estabelecidas pelos autores são apenas theoricas, mas não emanadas de muitas observações tendentes a estabelecer o melhor meio de tratamento.

O parto expontaneo é um facto certificado por muitos parteiros, que com razão aconselham a expectação até que a acção das contracções uterinas ache-se esgotada. É neste momento que se deve intervir, empregando os meios que julgar mais convenientes e que estiverem de accôrdo com os elementos obtidos por um exame minucioso e attento. A versão podalica presta serviços reaes e nos casos de Craniopagus, diprosopus, cephalothoracopagus, thoracopus e dicophalus diabrachius, a apresentação da extremidade pelviana é de vantagem, facilitando consideravelmente a expulsão dos fetos. Não offerece, entretanto, vantagens junto aos xyphopagus, dipygus, pygopagus e ischiopagus. Esses dois ultimos, quando se apresentam pelo apice, exigem frequentemente o auxilio manual no desprendimento dos assentos que, se forem as partes apresentadas, exigem a extracção de um pé, diminuindo o volume da extremidade pelviana e permittindo o desprendimento successivo das duas cabeças. Na apresentação do apice no dicephalus dibrachius ha desprendimento de uma cabeça, depois a evolução do corpo e em seguida sahida da segunda cabeça. (Playfair).

O dicephalus tribachius, o dicephalus quadribrachius exigem o mesmo tratamento que o thoracopagus. Os xyphopagos que se deslocam facilmente durante a vida intra-uterina, são expulsos expontaneamente, os fetos se apresentado em sentido inverso. Junto aos thoracopagos podemos obter artificialmente o mesmo resultado.

Emfim, nem sempre as cousas se passam dessa maneira e o emprego de meios extremos é reclamado pela vida da mãi, que em circumstancias criticas e melindrosas deve merecer os nossos cuidados. Se uma applicação de forceps, se tracções moderadas

não poduzirem effeito algum, o pratico não deve vacillar no meio de terminar promptamente o parto,

Terminamos este capitulo com as palavras de Caseaux: " malgré d'imposantes autorités, je n'hésite pas à me prononcer pour la mutilation du fœtus, et dans ces cas, je ne balancerai pas à sacrifier la vie de l'enfant au salut de la mère. "

6ª Classe.—Gravidez extra-uterina

Não faziam os antigos idéa alguma da gravidez extra-uterina e durante certo tempo os casos assignalados pelos autores eram considerados como factos bisarros, que encontravam a curiosidade, mas que fugiam á qualquer explicação. Mauriceau a negava com tenacidade e Ambroise Paré, Smellie e outros citam exemplos, cuja authenticidade está fóra de qualquer duvida. Levret foi o primeiro parteiro que dividio as gravidezes em falsa, verdadeira e em má. Na mesma occasião Andreas Lindemann distinguia as gravidezes da trompa, do ovario e do ventre.

Todavia, o estudo da gravidez extra-uterina não tomou outra face senão depois da descoberta do ovolo no ovario e do reconhecimento dos phenomenos da fecundação, que espancaram as trévas do sobrenatural e collocaram a questão em um terreno verdadeiramente scientifico. Pesquizas interessantes e sérias são feitas por celebres ovologistas, que dão á gravidez extra-uterina o cunho de um estado morbido distincto. Á Baudelocque que deu os primeiros passos nesta vereda luminosa, seguiram Joseph-Jacobi Plenck, Stein, Deromann, Gardieu, Capuron, Velpeau, etc. Esses athletas da sciencia, porém, não conseguiram elucidar

todos os pontos obscuros dessa questão e só mais tarde, depois que os phenomenos da menstrução e fecundação foram melhor estudados, que Négrier, Raciborski e Coste de uma maneira definitiva methodisaram o seu estudo por meio de descobertas e pesquisas importantes.

Collocada fóra do dominio das hypotheses a existencia dessas gravidezes de novo surgio a discussão sobre a sua divisão. Admittida por uns e negada por outros esta ou aquella especie, só os factos e as observações numerosas encarregavam-se de decidir o ponto controverso. Chegaram a concluir que o ovolo fecundado póde se desenvolver em todos os pontos dos orgãos genitaes, mesmo no collo (Chavanne), como em todos os orgãos abdominaes, percorrendo todos os periodos de sua evolução. Esses conhecimentos foram a base de um grande numero de divisões, entre as quaes convém recordar a de Dezeimeris que admittia dez especies, e a de Hubert de Louvain que adopotava doze.

Triadou considerando apenas a sua frequencia e importancia, admittia quatro especies: a ovarica, a abdominal, a tubaria e a intersticial. Nœgele e Grenser aceitam esta divisão. Caseaux as divide em cinco especies : a abdominal, a tubo-abdominal, a tubaria, a tubo-uterina intersticial e a utero-tubaria. A gravidez abdominal é ainda subdividida em ovarica interna e externa e em peritonial. Depaul, collocando-se em um ponto de vista inteiramente clinico, aceita duas especies, cada uma admittindo uma subdivisão. Temos :

Gravidez tubaria. . . . . { gravidez tubaria propriamente dita.
{ intersticial.

Gravidez peritonial. . . . { primitiva.
{ secundaria.

Na primeira variedade da gravidez peritoneal, o ovulo fecundado é posto immediatamente em contacto com um dos pontos da serosa com a qual contrahe adherencias; no segundo, a gravidez é primitivamente tubaria e para se tornar peritoneal, é

preciso que a trompa se rompa, o que se dá nos primeiros mezes, e que o ovolo continue á se desenvolver em seu novo domicilio.

Dezeimeris admittia uma outra especie de gravidez extra-uterina, denominada sub-peritoneo-pelviana, que Caseaux, Joulin, Depaul e outros negam de um modo absoluto. Os fatos citados em apoio da opinião de Dezeimeris são filhos de uma observação superficial, que não a põe ao abrigo de objecções serias.

Segundo Dezeimeris, o ovolo se desenvolve entre as duas folhas do ligamento largo, independente do ovario e da trompa, na cavidade pelviana. Cauwenberghe diz que o ovulo não póde introduzir entre as duas folhas do ligamento largo, senão nas duas condições seguintes: ou bem, uma vesicula de Graaf se rompe no bordo inferior do ovario não recoberto pelo peritoneo e então este não se despedaça e a situação do ovario torna a sua fecundação impossivel; ou bem, elle se introduz entre a membrana propria do ovario e seu involucro peritoneal, no bordo delgado e irregular do despedaçamento de uma vesicula. A realisação desta ultima hypothese daria razão de ser a gravidez sub-peritonea-pelviana, como queria Dezeimeris; mas, a natureza dos obstaculos oppostos á introducção do ovulo fecundado em um espaço imperceptivel, entre duas membranas adherentes, autorisa a olhar pelo menos como raras excepções, os casos que reunem essas condições, ou talvez á regeital-as, pois que nenhum facto prova sufficientemente a sua existencia. Charpentier accrescenta que as idéas novas sobre a structura do ovario, negando a existencia da membrana propria deste orgão, devem modificar as idéas que se faz da gravidez ovarica. O ovulo desenvolvido no interior da vesicula de Graaf tem por paredes as paredes desta vesicula mais ou menos adelgaçadas e distendido o peritoneo.

Keller ajunta a essas variedades a gravidez extra-uterina, chamada extra-abdominal, que se desenvolve nas hernias inguinaes, sobretudo nas cruraes. As observações de Widerstein, Müller, Skrievan, Genth attestam a sua existencia.

Stoltz, Rokitanski e Kusmaul citam ainda exemplos de gravidezes desenvolvidas em cornos de uteros anormaes.

Causas.— As causas das gravidezes extra-uterinas são muito obscuras, e a discordancia dos autores attesta a confusão que reina, não permittindo sahir do campo das hypotheses. Se uma causa qualquer dá conta desta ou daquella variedade de gravidez, ella é insufficiente em outros casos, de modo que o olhar do observador prespicaz se perde nesse cahos de conjecturas, em que a espirito vacilla e a sciencia, impotente, espera do tempo a resolução de uma questão aliás importante.

Caseaux, o professor prudente e sabio, não assignala uma causa unica, mas um conjuncto dellas, todas admittidas por parteiros notaveis. As imperfurações ou os vicios congenitaes da trompa; a sua obliteração por antigas inflammações, as mucosidades, os polypos; os tumores da madre, casos de Stoltz, de Böhmer; os tumores pelvianos, comprimindo a trompa de Fallope; dobras accidentaes, seguidas de peritonite e obstruindo a sua luz ou impedindo o seu funccionalismo; certas affecções da madre (cancro); traumatismos que favorecem a ruptura da madre; todas essas circumstancias, emfim, podem explicar a gravidez extra-uterina.

Lecluyse cita um caso de gravidez extra-uterina consecutiva á uma operação cesariana praticada alguns annos antes. A chaga da madre não estava completamente cicatrizada e o ovulo penetrou no abdomen pelo orificio anormal. No caso de Kæberlé, todo o collo e uma parte do utero tinham sido amputados, o doente curou-se, mas uma fistula persistio atravez a cicatriz do collo, por onde a fecundação se deu. Dois annos depois da operação, a mulher concebeu e a gravidez foi naturalmente extra-uterina. (Charpentier).

Chaussier, Dugés e Madame Boivin sustentam que, para haver fecundação, basta que o sperma seja deposto á entrada da vagina, d'onde é absorvido, lançado na torrente circulatoria e levado em seguida ao ovario. É esta theoria bem seductora, mas nenhum facto anatomico e experiencia directa a confirmam e nem tão pouco os trabalhos dos evolugistas modernos.

Uma outra questão que tem preoccupado a attenção de alguns parteiros, é a descoberta de Gartner, de Copenhague. Este autor descobrio em alguns mamiferos, como a truta, a vacca, etc., a existencia de um canal que, como a trompa dá passagem ao esperma. Em 1826 veio á Paris e em companhia de Blainville fez novas experiencias, cujos resultados foram consignados nos Boletins de la Societé Philomatique.

Examinando com cuidado a vagina de uma truta nova, diz Blainville, descobre-se um conducto particular que tendo o seu orifio exterior de cada lado do meato orinario, se introduz no meio das fibras musculares da vagina, se estreita ao nivel do collo, segue o corpo da madre, abandonando-o ao depois para dirigir-se parallelamente ao corno correspondente. Na espessura do ligamento largo, perto da origem da trompa, torna-se indistincto ou divide-se em dous ou tres filamentos que confundem-se com os vasos e sobretudo com o tecido do ligamento largo.

Da existencia de taes canaes nos mamiferos, quizeram os sectarios desta theoria concluir por analogia que elles tambem existiam na mulher; mas até hoje o exame anatomico e tentativas várias não tem confirmado simelhante opinião.

Appellam ainda para as causas moraes, como emoções subitas, o terror que na occasião do coito poderiam determinar o desvio do ovulo fecundado. As theorias actuaes sobre fecundação não permittem acceitar este modo de ver. Não é na occasião do coito que a fecundação se dá, mas algumas horas e mesmo alguns dias depois. Poderia haver uma simples coincidencia e nada mais, como diz Charpentier.

Terminando a discripção das causas, que os autores tem apresentado para explicar a gravidez extra-uterina, registramos a theoria que, na Allemanha, é designada sob o nome de transmigrações externas e internas do ovolo, em que o ovulo expulso pelo ovario de um lado é recolhido pelo trompa de outro lado. Charpentier pergunta se por analogia não se podia explicar alguma das gravidezes extra-uterinas. Este professor admitte a possibilidade dessa causa e cita o facto bem certificado de Courad e Langhans.

Anatomia pathologica. — No exame anatomo-pathologico das gravidezes extra-uterinas, duas questões importantissimas devem occupar a nossa attenção: 1º, o estudo anatomo-pathologico dos orgãos maternos; 2º, o estudo anatomo-pathologico do producto da concepção.

I.— Estudo anatomo-pathologico dos orgãos maternos.— Nas gravidezes regulares, quando o ovolo fecundado chega a cavidade uterina, a madre tem passado por modificações, cujo fim é fornecer ao embryão os elementos indispensaveis ao seu desenvolvimento. A mucosa uterina se entumece, a vascularisação augmenta consideravelmente e um terreno propicio acha-se preparado para que o pequeno sêr possa percorrer todos os periodos de sua evolução. Mas, quando o ovulo occupa outro logar que não a madre, para que elle continue a viver e á se desenvolver, é necessario que essas modificações se dêm, que o pequeno sêr ahi encontre os elementos de nutrição e que seja protegido contra a acção de agentes, que poderiam lhe ser prejudiciaes. Com effeito, no logar em que o ovulo pára, a vascularisação augmenta e della participa o peritoneo, veias volumosas ahi se desenvolvem e as arterias duplicam ou triplicam de volume. Ha formação de uma rêde vascular, em que se implanta o placenta. Todos esses phenomenos se dão em qualquer das especies das gravidezes extra-uterinas e á esse respeito não existe duvida entre os autores.

As partes genitaes que não são a séde da gravidez, deviam se conservar indifferentes; entretanto, o contrario se dá e Caseaux que reputou a opinião de Velpeau, põe em evidencia todas essas modificações que, se escapam á uma explicação applausivel, constituem um facto adquirido pela sciencia. A mucosa uterina se espessa, a vascularisação torna-se abundante, o utero augmenta de volume, o seu tecido amollece e a textura muscular é mais apparente. O collo apresenta os caracteres de uma gravidez no começo e a mucosa uterina se transforma, diz Charpentier, em uma verdadeira caduca analoga a que é expulsa no aborto. A sua consistencia varía, assim como a sua côr; ora é firme e de um amarello claro, ora molle e avermelhada.

Segundo Cauwenberghe, essa membrana tem uma existencia transitoria; á principio é volumosa e mais tarde é séde de uma atrophia, de uma reabsorpção activa, razão pela qual não se encontra vestigios della na occasião do parto. Convém, entretanto, que se diga que a sua existencia, principalmente nas gravidezes abdominaes, é negada e os factos de Fleury e Depaul, de que a sciencia acha-se de posse, são incontestaveis. A caduca existe sómente no utero e não se fórma em parte mais alguma.

O collo que não fica extranho á esses phenomenos, soffre mudanças, que de algum modo tem valor no estabelecimento do diagnostico. Essas modificações, todavia, não excedem á certos limites e ordinariamente acham-se em completa desharmonia com a idade da gravidez. O collo se amollece, muda de fórma o seu orifio externo, mas esses phenomenos são apenas notados na parte inferior. O orificio conserva-se fechado e oppõe grande resistencia á introducção de uma sonda uterina. (Depaul).

O collo soffre ainda deslocamentos, que não recordam os da gravidez normal; nesta o collo se dirige para atraz e para a esquerda, e na extra-uterina é para adiante, em uma posição mais ou menos elevada.

II.— ANATOMIA PATHOLOGICA DO PRODUCTO DA CONCEPÇÃO.— Estudaremos primeiramente os annexos do feto e depois trataremos do feto propriamente dito.

A. — ANNEXOS. — *a.* MEMBRANAS. — O ovulo é envolvido por duas membranas principaes: chorion e amnios. Cada uma dessas membranas é inherente á evolução do embryão, importando a ausencia de uma a não existencia da outra. A allantoide tendo por fim estabelecer communicação entre o feto e os orgãos maternos, a sua existencia é indispensavel; aceitando-se como inconcussa a sua existencia, *á forciori* temos de admittir o chorion. E se essa ultima membrana torna-se algumas vezes imperceptivel, é porque se confunde com as paredes do kysto; porém um exame mais minucioso e paciente, dará razão á theoria que defendemos.

Tratando de determinar os elementos do kysto, o orgão protector da madre accidental, na phrase pittoresca de Charpentier,

as discussões apparecem; mas, felizmente, hoje podemos dizer alguma cousa de positivo a esse respeito. Nas gravidezes ovaricas o ovulo se desenvolve na espessura da vesicula de Graaf, forrada pelo peritoneo; nas intersticiaes, é a substancia uterina que serve de kysto; nas tubarias, o embryão é envolvido pelas paredes da trompa e pelo peritoneo; e nas abdominaes, emfim, devemos considerar dois casos: 1º, a gravidez é primitiva; 2º, a gravidez é secundaria. No primeiro caso, em vez de ser agarrado pelo pavilhão da trompa, o ovulo cahe em um ponto qualquer da cavidade abdominal e ahi soffre todas as phases de seu desenvolvimento. Dezeimeris nega que haja formação do kysto e funda a sua asserção no testemunho de Dubois. Charpentier diz que a observação de Dubois, em vez de vir em apoio desta opinião, prova o contrario, pois que elle diz:

Cette surface adhérente du placenta, était d'ailleurs enveloppée par une membrane dense, comme fibreuse, dans l'epaisseur de laquelle, il était facile d'apercevoir un tissu vasculaire d'apparence érectile. Enfin, la nature semblait avoir remplacé par cette creation, l'appareil vasculaire des parois utérines, avec lesquelles cet organe aurait dû se trouver en rapport.

Não ha duvida que Dezeimeris enganou-se, e se a sua interpretação não é exacta, não podemos aceitar a theoria engenhosa que dá, tratando de provar porque razões não ha formação do envolucro protector. Todos os autores admittem hoje a existencia deste kysto, e segundo Kiwisch, apresenta um aspecto de tecido reticular, unido e villoso, formado de fibras entrecruzadas. Essas fibras estão reunidas em feixes e pela maior parte são constituidas por tecido conjunctivo. Pelo acido acetico, percebe-se grande numero de fibras elasticas, que se anastomosam entre si e formam um trama reticulado. A par desses elementos, encontra-se outros feixes perfeitamente cylindricos, que assemelham-se ás fibras musculares transversaes do utero. Observa-se tambem fibras musculares organicas mui caracterisadas pela sua direcção rectilinea e fórma lisa e fitada, e pela sua espessura de 0,02 a 0,03 mill., que não são susceptiveis de subdivisão.

No segundo caso, o ovulo não chega á cavidade abdominal senão depois da ruptura do kysto, que o continha primitivamente. O ovulo actúa como um corpo estranho e as partes que com elle se acham em contacto, inflammam-se e o resultado dessa irritação é a exudação sobre a superficie do embryão de uma lympha plastica, que passará por todos os gráos de organisação necessaria, dando nascimento a um kysto completo e resistente, que porá os orgãos abdominaes ao abrigo da acção de um corpo, de que não poderiam supportar a existencia. (Dezeimeris).

A natureza do kysto, conforme as variedades das gravidezes, varía, e nas gravidezes sub-peritoneo-pelvianas, que não são nunca primitivas, como já dissemos, o kysto é exclusivamente formado pelo peritoneo. A parede da madre, despojada de sua serosa, póde tambem concorrer para formação deste envolucro. Nesses casos, o kysto é secundario e vejamos o que se passa. Nas gravidezes tubaria, intersticial ou ovarica, o kysto se rompe e dois casos se podem dar: 1º, o ovulo fica no logar e só as membranas fazem saliencia atravez o orificio; 2º, o ovulo é expellido todo inteiro na cavidade abdominal. Em qualquer dos casos, a ruptura é acompanhada de uma hemorrhagia quasi sempre mortal, mas ella póde ser insignificante e a doente sobreviver. O sangue derramado determina um trabalho exsudativo e deste modo reconstitue a parede do kysto.

Outras vezes, entretanto, o coalho depositado no espaço rompido, passa insensivelmente por gráos de organisação e por si só reconstitue a parede.

O feto expellido na cavidade abdominal, por um processo inflammatorio, determina a formação do kysto, como já tivemos occasião de dizer; entretanto, este preceito não é absoluto e o caso de Walther o prova plenamente. A gravidez era ovarica e o feto pela ruptura do kysto foi lançado na cavidade abdominal, onde continuára a se desenvolver durante quatro mezes, sem que houvesse formação de um involucro protector.

Emfim, ao redor do kysto fetal póde-se produzir uma inflammação, que termine a exudação de uma lympha plastica, que,

organisavel, póde constituir um novo involucro que abrace o kysto preexistente. Em taes condições, o ovulo póde resistir melhor á acção dos agentes exteriores.

b. Placenta. — Nada se póde dizer de positivo e fixo sobre a séde, fórma e volume da placenta. Keberlé e Keller collocam a séde da placenta na parede interior do abdomen; mas declaram que nada ha de regular e que não se póde, sem adulterar os factos, determinar um ponto fixo, em que elle se insere. O volume e a fórma estão nas mesmas condições. Ora o seu volume é duplo e triplo do normal, ora lhe é inferior em dimensões; ora ganha em espessura o que perde em largura; ora a sua espessura é insignificante e a superficie da inserção assás extensa. A fórma segue as mesmas regras; ora fórma massas unidas, ora se divide em grande numero de ramificaçõees vasculares, que se distribuem em grande numero de visceras abdominaes. (Charpentier).

B. Feto. — O desenvolvimento do feto nessas gravidezes não tem nada de particular; elle se faz da mesma maneira que na gravidez normal. Quando a gravidez, porém, excede o seu termo, o feto apresenta caracteres, que indicam uma idade mais avançada do que a que a natureza marca para elle permanecer no seio materno.

O feto, pois, póde viver além do termo normal e do gráo de ossificação do esqueleto, a dentição, etc., dão disto prova cabal. Elle póde soffrer diversas alterações e macerar-se, quer no liquido amniotico, quer no sangue e no pús. Póde tambem dividir-se em diversas partes e ser eliminado por diversas vias. Algumas vezes o feto mumifica-se e póde mesmo soffrer a transformação ossea, cretacea. Um caso bem interessante e que prova estas transformações, é o de Leinzell. Este feto petrificado foi encontrado em 1720 no cadaver de uma mulher de 94 annos, que o trazia por espaço de 46 annos.

O feto póde, como se vê, ser conservado na cavidade abdominal por longos annos, sem que sobrevenha algum perigo para a vida da mãi.

Symptomatologia. — Nos primeiros mezes da gravidez, os symptomas que se manifestam, não caracterisam a gravidez extra-uterina, pois que pertencem tambem á gravidez normal. As nauseas, os vomitos, a inappetencia, desgostos, appetites bizarros, a salivação, todos esses signaes se patenteam e persistem com maior ou menor tenacidade. A menstruação apresenta irregularidades; ora, persiste nos primeiros mezes e não desapparece senão em uma época mais avançada; ora, ha suppressão no começo, apparece mais tarde, para de novo desapparecer no termo da gestação; ora, a reapparição se faz antes do completo desenvolvimento do feto, que tem deixado de viver. Estes symptomas não são frisantes e, pela sua inconstancia, irregularidade, não tem grande valor diagnostico, maximé quando o pratico procura conscienciosamente estabelecer a differença entre diversos estados pathologicos, que podem se apresentar rodeados do mesmo quadro symptomatico.

Ha um outro signal que os autores ligam grande importancia e que póde muito bem lançar luz no diagnostico. Referimo-nos á *uma dôr*, que, não tendo uma séde habitual, apparece em uma parte qualquer do abdomen, torna-se fixa, constante e circumscripta. Segundo observações de alguns parteiros, esta dôr apparece no principio do segundo ou do terceiro mez e a sua intensidade é variavel. Manifestando-se por um sentimento de gravidade, de entorpecimento, póde tornar-se tão intensa que se irradia em diversos pontos, podendo attingir as coixas e as pernas.

Muitas vezes continua, outras intermittente, appresenta exacerbações, que dependem de diversas causas. Ora, são devidas a coalhos sanguineos no utero, que entra em contracção para expulsal-os, ora, essas crises estão subordinadas á uma peritonite circumscripta, insufficiente para determinar a morte da mulher, mas capaz de produzir adherencias, falsas membranas, que unem o kysto fetal aos orgãos proximos.

Esta dôr póde ser periodica e em cada accesso, ser passageira ou conservar-se por algum tempo.

Comprehende-se que, a dôr sendo violenta, a doente manifeste-se irritavel, dê gritos e nem ao menos consinta que se proceda ao exame.

Qual a causa verdadeira dessa dôr, que ora occupa a região inguinal, ora a região sacra, ora o umbigo? Residirá nas contracções uterinas ou nas contracções do kysto fetal? A parede do kysto encerra numerosas fibras musculares e firmando nas asserções de Zwanck, Nægele, Rapin, Baudelocque, Holl, que viram o kysto se contrahir, não podemos duvidar que nessas contracções acha-se a causa dessa dôr. Entretanto, Cauwenberghe e Charpentier julgam que o augmento de volume do utero, a hypertrophia de seu tecido muscular, a presença em sua cavidade de coalhos sanguineos, de pedaços membranosos, e a producção de um corrimento sanguineo e mesmo de uma violenta metrorrhagia, podem coincidir com os paroxismos das dôres, que vão decrescendo á medida que a madre se esvasia. (Charpentier). Descriptos estes signaes, que se poderia chamar signaes de probabilidade, estudemos os que nos fornece a exploração obstetrica.

O exame externo póde nos fornecer alguns dados e em certos casos, quando procedido em época não avançada, avigora sobremodo as nossas suspeitas, que o exame interno confirmará ou regeitará, nos permittindo avaliar com mais segurança a importancia de cada signal diagnostico. No fim de certo tempo, reconhece-se na cavidade abdominal a presença de um tumor, cujo volume é nimiamente variavel. Ordinariamente occupa a região inguinal e offerece grande resistencia e apresenta-se doloroso á pressão. O contrario se nota na gravidez uterina, em que o tumor é mais molle e elastico e acha-se situado na parte mediana. O seu volume varía, mas o seu crescimento é continuo.

Algumas vezes, antes de reconhecida a sua natureza, o tumor póde desapparecer repentinamente e as dôres vivas e os symptomas de uma hemorrhagia esclarecer o diagnostico, até então obscuro.

Quando o tumor attinge a um certo gráo de desenvolvimento é mais difficil circumscrever-se a esphera que occupa, mas a

fluctuação torna-se patente neste logar e póde-se perfeitamente determinar um ballotement abdominal. Antes deste periodo, pela apalpação póde-se reconhecer partes fetaes no tumor, os movimentos activos, e pela auscultação distingue-se os batimentos do coração. Ora, estes signaes se nos apresentando com tanta clareza, não nos é difficil formular o diagnostico; mas na maioria dos casos, são obscuros e furtam-se á nossa apreciação. Outros symptomas, todavia, existem e por elle podemos nos guiar, não despresando outros elementos, que por acaso nos forneçam outros meios exploratorios. Na gravidez extra-uterina, o abdomen é mais tenso e a sua tumefacção, em vez de ser regular como na gravidez normal, é mais acentuada de um lado do que do outro. Quando a dôr não é muito intensa, a apalpação permitte distinguir dois tumores: um menor, resistente, elastico, analogo ao utero de dois a tres mezes, e situado indifferentemente á direita, á esquerda ou para diante; e outro maior, arredondado, irregular, ora molle, fluctuante, ora duro e resistente, e em que póde-se determinar o ballotement ou certificar partes fetaes. A tensão do ventre, entretanto, sendo consideravel, e a dôr intensa, a apalpação não poderá ser praticada senão no caso de chloroformisar a doente.

A auscultação permitte certificar os batimentos do coração, mas não é um elemento seguro de diagnostico da gravidez extra-uterina. Depaul chama a attenção dos parteiros para a ausencia, em grande numero de casos, do ruido do sopro; por esta falta, diz este professor, póde-se fazer o diagnostico differencial entre as diversas especies de gravidezes extra-uterinas, pois que é na gravidez abdominal que raramente torna-se patente. Ditas essas palavras, tratemos agora do exame interno que, na opinião de Depaul, é a fonte dos dados os mais positivos.

Já tivemos occasião de dizer que o utero não fica estranho aos phenomenos que passam fóra de si, experimentando modificações que não excedem entretanto a certos limites. O utero torna-se molle, augmenta de volume e a sua fórma, em vez de ser arredondada, curva, é achatada. Eleva-se na cavidade abdominal em vez de abaixar-se na cavidade pelviana, como sóe acontecer na

gravidez normal. Se dirige para a direita, para a esquerda e mais commummente para diante, segundo Depaul.

O collo soffre tambem modificações, porém menos pronunciadas, que nunca se acham em harmonia com a idade da gravidez. Póde da mesma maneira que o utero dirigir-se para a direita, para a esquerda e para adiante, atraz da symphese pubiana, podendo tornar-se inaccessivel ao dedo explorador.

A medida que a gravidez avança, algumas dessas modificações desapparecem e na vagina póde-se perceber uma massa mais ou menos consideravel, que a torna immovel e em que póde distinguir-se partes mais ou menos volumosas e resistentes. Este tumor póde faltar, mas com algum cuidado chega-se sempre a percebel-o.

São estes elementos que nos dá o tacto vaginal, que combinado ao rectal, apresenta vantagens incontestaveis.

O tacto nos permitte apreciar a fórma, o volume e a posição do utero, e as dimensões do tumor. A par desses signaes, Depaul insiste sobre a importancia de dois outros que vamos descrever.

O primeiro é a posição superficial das partes fetaes, que em certos casos parecem collocados sobre a pelle. Em taes condições, distingue-se as duas saliencias formadas pela cabeça e pelo assento.

O segundo é a fórma particular do tumor, cujo diametro transverso é mais extenso do que o longitudinal ; tumor que affecta uma direccão mais ou menos obliqua, ordinariamente a esquerda, posto que o utero, na gravidez normal, se inclina para o lado direito.

Emfim, se quizermos de uma maneira positiva certificarmos a vacuidade do utero, o melhor meio consiste no catheterismo uterino, que algumas vezes encontra difficuldades na pratica.

Marcha. — A duração das gravidezes extra-uterina varía com cada especie, pois que a distensão do kysto não póde ir além de certos limites. Quando o ovulo se desenvolve no ovario, na trompa ou na espessura do tecido uterino, comprehende-se que

esta distensão não possa ser excessiva e nesses casos, ou a gravidez interrompe a sua marcha, ou torna-se abdominal.

As gravidezes intersticiaes raramente vão ao quarto mez e a ruptura do kysto se faz na immensa maioria dos casos no terceiro mez.

As gravidezes tubarias podem attingir ao quinto mez e algumas vezes exceder. Os casos chegados em termo, que os autores citam, são postos em duvida por Stoltz. Entretanto, Cauwenberghe considera authenticos os dois casos de Lamm e de Scobel-Schsihoff. Á esses Charpentier accrescenta o de Haussner, cuja gravidez durou 16 mezes; o de Rosshirt, o de Saxtorph e um caso conservado em Londres.

As gravidezes ovaricas podem exceder o terceiro mez, mas os factos de gravidez tendo chegado ao 7º, 8º e 9º mez são excepcionaes.

As gravidezes abdominaes vão além desse tempo e mesmo podem durar muitos annos. Smedt reunio em um quadro 185 casos, com determinação do tempo que durou a gravidez. Eil-o:

	Casos		Casos		Casos
De 15 dias...........	1	De 2 a 3 annos..	10	De 30 annos......	6
De 3 semanas.........	1	De 4 a 10 " ..	23	De 33 "	3
De 1 a 2 mezes........	18	De 11 " ..	1	De 35 "	1
De 1 a 2 1/2 mezes....	4	De 15 " ..	4	De 39 "	1
De 3 mezes...........	5	De 16 " ..	2	De 40 "	2
De 3 a 5 mezes.......	22	De 20 " ..	2	De 46 "	4
De 6 a 8 mezes........	15	De 22 " ..	1	De 47 "	2
De 9 mezes...........	18	De 25 " ..	7	De 50 "	2
De 10 mezes a 1 anno..	6	De 26 " ..	3	De 54 "	1
De 1 a 2 annos........	24	De 28 " ..	3		

Como se vê, embora o feto tenha succumbido, na classe da gravidez abdominal fazemos entrar todos os casos, que acabamos de citar. É esta a opinião de Charpentier, que a funda nas transformações que soffre o feto no ventre, podendo reclamar pela influencia malefica que exerce no estado geral da mãi, os soccorros da arte.

Terminações.— A terminação mais commum das gravidezes extra-uterinas é a ruptura do kysto, no fim de um certo tempo que raramente excede o terceiro mez. O feto ou succumbe, ou continúa a viver; a sua morte, porém, segue ás mais das vezes este accidente. O kysto póde, todavia, não ter este fim e como acabamos de ver, tratando da marcha dessas gravidezes, elle póde conservar-se na cavidade abdominal, por longos annos. Temos por conseguinte de tratar de dois pontos: da ruptura do kysto e de sua retenção prolongada.

I.— Ruptura do kysto.— Já determinámos a época em que o kysto se rompe, nas diversas especies de gravidez: temos agora de assignalar os symptomas e consequencias dependentes deste accidente. A ruptura traz geralmente symptomas graves, que podemos dividir em primitivos e secundarios. Á principio apparecem dôres violentas que duram algumas horas e que collocam a doente em um estado lastimavel. Depois sobrevem uma dôr mais intensa que todas, cahindo em seguida a doente em uma calma completa. O tumor que era saliente, desapparece; o ventre diminue de volume e se achata. Um calor igual e doce se espalha na cavidade abdominal. Se o feto é volumoso, a doente sente um deslocamento; a pelle descora; o pulso torna-se pequeno, sobrevem fraquezas e um suor frio innunda todo o corpo. A morte põe termo á esses phenomenos, que estão ligados á uma hemorrhagia, que é a consequencia da ruptura.

Se por qualquer circumstancia a hemorragia cessa, os symptomas que observamos, indicam uma peritonite violenta, que roubará a existencia da doente. Se ainda a doente resistir, a marcha da molestia é diversa e o feto, ou determina ao redor de si um novo envolucro e persiste por muitos annos no abdomen, ou soffre alterações e divide-se em grande numero de partes, que são eliminadas por diversas vias.

II.— Retenção prolongada do kysto.— O kysto póde deixar de romper-se e o feto viver até o termo da gestação e mesmo um pouco além: o organismo nessas condições acostuma-se com o seu hospede e muitos annos podem decorrer,

sem que a saude se altere. Entretanto, casos subitos de morte estão registrados na sciencia e como diz Jacquemier, pela necropsia não se encontra ruptura do kysto, traços de hemorrhagias e de peritonite e nem trabalho de eliminação no kysto. Parece que as desgraçadas, diz Casseaux, perecem a uma especie de esgotamento das forças vitaes.

Desde que o feto cessa de viver, o kysto não se desenvolve mais, a circulação diminue em suas paredes e os vasos atrophiam-se e obliteram-se.

Em taes condições o kysto póde permanecer um tempo illimitado no organismo e mesmo passar desappercebido. Mas em outros casos isto não se dá e o estado geral da doente reclama a intervenção da arte, pondo termo á tantos soffrimentos. Pela pressão sobre as partes visinhas, o kysto determina dôres, inflammações que acarretam adherencias. Nesses pontos adherentes, apparece a ulceração, que perfura as partes em contacto e estabelece communicação entre a cavidade do kysto e os outros orgãos ou com o exterior, se a inflammação estendeu-se á parede abdominal.

Debaixo deste trabalho inflammatorio, o feto se divide e pelos diversos canaes excretores, bexiga, recto, vagina, estomago e parede abdominal anterior, a eliminação tem logar. O canal excretor póde ser representado por um só dos orgãos mencionados ou por alguns delles ao mesmo tempo. A eliminação póde-se fazer tambem pelo perineo, onde se fórma um abcesso.

Comprehende-se que este trabalho possa comprometter a existencia da doente e mesmo acarretar-lhe a morte no fim de certo tempo.

Entretanto, ainda que excepcionalmente, a eliminação póde ser completa, a supuração esgotar-se e a chaga cicatrizar-se ou pelo menos reduzir-se á uma simples ulcera fistulosa. O cirurgião não poucas vezes tem de intervir, auxiliando a expulsão das partes fetaes. Será obrigado a dilatar os orificios fistulosos por meio da esponja preparada, fazer algumas injecções detersivas e com uma pinça desprender as partes adherentes com todo o

cuidado, porque de uma tracção immoderada póde resultar o despedaçamento das paredes do kysto e por conseguinte determinar uma peritonite mortal, em virtude da communicação entre o foco purulento e a cavidade abdominal.

Diagnostico. — Não é tão facil como se julgaria á primeira vista chegar-se ao conhecimento da natureza da gravidez; innumeras circumstancias podem embaraçar o diagnostico, que apezar de um exame attento e repetido, permanecerá obscuro e ao qual só mais tarde a autopsia dará todo o cunho de certeza. A pratica demonstra a veracidade desta asserção e não poucos erros de parteiros notaveis a sciencia registra, tornando patentes as difficuldades, não só para se conhecer a gravidez, como para distinguil-a de outros estados pathologicos, que com ella se podem confundir. Os batimentos cardiacos, os movimentos activos, a fórma, o volume e a situação do feto, podem tornar mais facil o diagnostico; mas é necessario que o parteiro siga a marcha da gravidez e aprecie todos os symptomas que se apresentam em todo o seu curso. O trabalho de regressão do utero é um elemento diagnostico importante, que grande força dará ao juizo do pratico, principalmente achando-se em presença de um tumor abdominal, que desafia as suas suspeitas. Ora, faltando todos estes elementos o diagnostico não será feito e nem é possivel de modo algum ter-se uma idéa exacta da natureza do tumor.

A gravidez extra-uterina tem sido confundida com diversas affecções, que podem simulal-a perfeitamente, e que desviam o juizo do parteiro. Convém ainda saber-se que esta gravidez tem sido tomada por uma gravidez uterina e vice-versa; os casos de Duboué e Schlesinguer dão disto testemunho.

Se o diagnostico da gravidez extra-uterina é difficil, elle o será muito mais quando se tratar de distinguir cada uma das diversas variedades entre si. O diagnostico deve ser tentado no principio, pois que no fim de certo tempo todos tornam-se abdominaes. Os autores descrevem certos signaes, que, ao nosso vêr, pouco ou nenhum valor têm.

Na gravidez tubaria, a dôr é profunda, surda e fixa, o tumor é movel e o utero deprimido e lançado para o lado opposto do tumor, ao qual elle adhere.

Na ovarica, ha ainda dôr, mas o tumor é mais afastado da madre e por conseguinte mais movel.

Na abdominal, o utero é menos desenvolvido e póde mais facilmente ser isolado do tumor. Os movimentos do feto são mais perceptiveis e as partes fetaes mais superficiaes.

São estes os signaes que os autores registram para o diagnostico differencial e que Charpentier transcreve em sua obra.

Prognostico. — Grave, tanto para a mãi, como para o filho.

Tratamento. — Debaixo do ponto de vista do tratamento, os autores consideram dois periodos na gravidez extra-uterina: 1º A gravidez está no quarto ou quinto mez de seu curso. 2º A gravidez tem excedido este periodo e está perto do termo normal e algumas vezes além.

Como é difficil, diz Keller, reconhecer-se a variedade dessas gravidezes, está-se autorisado a consideral-a como tubaria, isto é, aquellas cujas consequencias são fataes á mãi. Não se ignorando esta terminação, deve-se procurar um meio qualquer para fazer cessar a gravidez; e para chegar a esse fim os autores tem proposto diversos methodos. Alguns aconselham uma dieta severa, sangrias, purgativos salinos e o centeio espigado. Este tratamento apto a diminuir o volume do feto, é incapaz de produzir a morte. A extirpação pelo bisturi, aconselhada por Heim e Osiandier, não foi posta em pratica. Scanzoni propôz a puncção do kysto fetal por meio de um trocater fino. Martin a praticou atravez as paredes abdominaes: a doente succumbio. Braxton Hicks e Simpson fizeram a puncção pela vagina: as doentes morreram. Greenlagh foi mais feliz, pois que teve um successo. Joulin propôz matar o feto fazendo uma puncção capillar e injectando substancias toxicas, morphina ou strychinina, em quantidades sufficientes para matar o embryão, mas insufficientes para prejudicar a mãi. Friedrich e

Kœberlé tiveram dois successos por este meio, mas Fournier não foi tão feliz, pois que a injecção provocou accidentes inflammatorios graves, que o obrigaram a recorrer á gastrotomia. A mulher succumbio. Paul Dubois servio-se da electricidade, com que Brachetti obteve um successo. Braxton Hicks e Duchenne de Boulogne repellem este methodo. O Dr. Malin, emfim, propôz a compressão do tumor por saccos de areia, meio este que nunca foi posto em pratica.

Todos esses meios, diz Charpentier, são racionaes, mas a sua applicação depende do diagnostico, que na maioria dos casos só póde ser feito na occasião da ruptura do kysto. Nesta occasião, reconhecidos os signaes da hemorrhagia, o que se deve fazer? Os autores não acham-se de acôrdo neste ponto. Depaul limita-se a combater esses accidentes e a inflammação consecutiva; Keller, pelo contrario, recorre á gastrotomia e extrahe algumas vezes o feto e o kysto. É necessario, diz este autor, parar a hemorrhagia, extrahir o corpo de delicto e fazer a toilette do peritoneo. Velpeau, Kiwisch, Duparcque e Keberlé são desta opinião. Do seu lado, Depaul considerando que os symptomas de hemorrhagia e peritonite podem existir fóra de toda a gravidez extra-uterina, não existindo nenhum meio certo de reconhecimento; considerando que, em taes condições, a gastrotomia é uma operação gravissima e que no espaço de tempo que se leva para abrir o ventre, procurar a fonte de hemorrhagia, collocar ligaduras e fazer a toilette do peritone, a doente na immensa maioria dos casos succumbe; considerando, emfim, que a mulher póde resistir e o filho continuar a viver, Depaul, por todas essas razões, rejeita de uma maneira absoluta a gastrotomia. Charpentier e Cauwenberghe adoptam a opinião deste illustre parteiro, que nos parece ser a preferivel. Stoltz diz que a extirpação só seria aceitavel no caso do tumor não ter contrahido adherencia alguma.

Decorrido o quarto e quinto mez, as indicações são diversas e sobre ellas não reina duvida alguma. O diagnostico é mais facil, podendo adquirir os caracteres da certeza. Em outra parte, provámos exuberantemente que o feto póde chegar ao termo e

por conseguinte o meio operatorio deve ser posto em pratica em uma occasião em que os interesses da mãi e do filho sejam salvaguardados. Os autores concordam que a gastrotomia satisfaz esses interesses e que a época em que deve ser praticada medeia entre o 7º e 9º mez. Depaul prefere executal-a no nono mez. Keller aconselha esperar o começo das dôres, opinião que não é aceita por autor algum.

Convém não se tocar no placenta, cuja eliminação rapida póde ser causa de uma hemorrhagia secundaria, peritonite e septicemia. De ordinario a eliminação é lenta e os vasos atrophiam-se e obliteram-se.

A gravidez quando tem chegado ao termo, não exige sempre a intervenção e desta opinião é Depaul que a preconisa simplesmente na occasião em que accidentes subordinados á inflammação, parecem pôr em perigo a vida da mãi.

Sabemos que o feto póde passar por diversas transformações e permanecer neste estado longos annos na cavidade abdominal, sem que a saude da doente seja perturbada ou alterada; e por isso, o pratico deve ser prudente e não intervir senão quando houver indicação rigorosa.

Emfim, quando o kysto se inflamma, o feto póde ser eliminado pelas diversas vias que indicamos no artigo — *Terminações* e acarretar durante este trabalho a morte da doente.

É quando os phenomenos inflammatorios brilham, que Depaul aconselha a gastrotomia, que até hoje tem dado resultados, que nos animam á empregal-a.

7ª Classe. — Monstruosidades

O parto dos fetos monstros não apresenta particularidade alguma, constituindo por excepção uma verdadeira causa de dystocia. É em virtude de um desenvolvimento anomalo que elles oppõem á evolução do trabalho e exigem para prompta terminação do parto o auxilio da arte.

O estudo das monstruosidades pertence a teratologia, onde se discute a sua origem, as suas diversas especies e variedades; nós temos apenas de consideral-os debaixo do ponto de vista de dystocia.

Geoffroy Saint-Hilaire desde muito havia assignalado o desenvolvimento exagerado dos acephalos e pseudo-encephalos. Schrœder aponta como podendo difficultar o parto os acephalos, os hemicephalos ou anencephalos e os acordiacos. Charpentier trata destas tres especies de monstruosidades e á essa classe une as monstruosidades por inclusão.

I. — Acardiacos

Segundo Schrœder, os acardiacos são o resultado de uma gravidez gemea, em que os dois gemeos sendo do mesmo sexo e estando encerrados em um chorion unico, ha anastomose forçada dos dois systemas vasculares. Ora, em um desses gemeos, a pressão sanguinea exagera de tal sorte que diminue junto ao outro. Neste ultimo, pois, o coração, os pulmões e uma parte do tronco se atrophiam, emquanto que o outro feto se desenvolve anormalmente. A estase que se produz assim na veia umbilical, acarreta

uma tumefacção œdematosa e uma hypertrophia consideravel do tecido cellular subcutaneo.

II. — Acephalos

Os fetos acephalos nascem ordinariamente pelos pés, meia hora, tres e doze horas depois do feto bem desenvolvido. A hypertrophia do tronco póde tornar a extracção necessaria e se esta hypertrophia fôr muito consideravel, tornal-a muito difficil. C. Mayer, em um caso dessa natureza, vio-se obrigado a recorrer ao perfurador, para reduzir o volume do tronco. (Shrœder.)

III. — Hemicephalos ou anencephalos

Os hemicephalos ou anencephalos são geralmente bem desenvolvidos e têm em particular as espaduas muito largas. A cabeça é pequena, acha-se situada acima do tronco, as orelhas ao nivel das espaduas, a face voltada para adiante, os olhos muito salientes, a lingua fazendo muitas vezes saliencia fóra da bocca. A quantidade do liquido amniotico é algumas vezes consideravel. Os anencephalos se apresentam, ora pela base do craneo ou pela face, ora pelos pés ou pelo tronco. Quando é a cabeça que se apresenta, o diagnostico torna-se difficil pela deformação das partes. Póde-se, entretanto, chegar a sella turcica, que será um elemento importante.

Segundo Caseaux, a anencephalia fornece alguns signaes particulares, que podem caracterisal-a. Eis o que elle diz:

Cada vez que o dedo procura attingir a parte que se apresenta, o feto executa no utero movimentos convulsivos e desordenados, que chamam logo a attenção; esses movimentos são provavelmente devidos á irritação directa do

côto que sobrepuja ordinariamente o couro cabelludo na anencephalia. Por meio desse signal, pude diagnosticar uma anencephalia antes da ruptura das membranas, com grande admiração dos alumnos do hospital das Clinicas, em que o parto teve logar.

Dubois poude tambem diagnosticar a anencephalia antes da ruptura das membranas, attendendo a este signal.

A versão é indicada; se não fôr possivel, extrahe-se o feto pela cabeça com a mão, collocando um dedo na bocca, ou com o auxilio de um colchete rombo, ou bem procura-se os braços, desprende-se-os e deste modo extrahe tambem o tronco. (Schrœder).

IV. — Monstruosidades por inclusão

Segundo Charpentier, monstruosidades por inclusão, *fœtus in fœtu*, indicam a presença de um feto mais ou menos rudimentar, mais ou menos desenvolvido em um outro mais completo.

Sob o ponto de vista pathogenico, alguns autores suppõem que se trata de dois germens isolados, fecundados successivamente, dos quaes um tem penetrado no outro; outros julgam que o ovulo sendo duplo e contendo dois germens, um delles se desenvolve mais do que o outro e acaba por conglobal-o de uma maneira mais ou menos completa.

Essas inclusões são superficiaes ou profundas. Das primeiras já nos occupamos em um outro artigo, e fizemos vêr que elles podiam situar-se no pescoço, scroto e perineo.

As outras occupam a cavidade abdominal, tubo digestivo, ovarios, e utero. Um facto de Millarieses prova que a cabeça póde ser a séde da inclusão.

Verneuil distingue tres periodos distinctos nas inclusões profundas: 1º O periodo de stagnação ou de indolencia, não se revelando por algum signal, quer funccional, quer physico. Este

periodo não dura muito tempo; 2º Neste segundo periodo apparecem symptomas de visinhança, sem que nada possa caracterisar a inclusão; 3º Este periodo é caracterisado por uma inflammação purulenta ou gangrenosa, que tem por fim a eliminação pelo intestino, abdomen, etc., conforme a séde do trabalho ulcerativo.

Os dois ultimos periodos manifestam-se mais tarde, e sobretudo o terceiro, que geralmente tem logar depois do parto.

A symptomatologia é obscura, não fornece os elementos necessarios para distinguil-as das diversas especies de tumores, que podem mascaral-as.

O prognostico está subordinado ao volume do tumor; porém é menos grave para a mãi do que para o filho. Se, durante a vida intra-uterina não exerce acção alguma perniciosa, na occasião do parto as difficuldades de extracção podem acarretar-lhe a morte. Ha alguns casos em que o feto tem sobrevivido e attingido á uma idade relativamente avançada.

O tratamento consiste em tracções energicas, na puncção e no caso de insuccesso recorrer-se-ha ás incisões.

8ª classe.— Rupturas e lesões produzidas pelo feto

Durante o trabalho do parto, os esforços empregados pela mulher podem acarretar lesões e rupturas do apparelho genitario, que não só tornam difficil a extracção do feto, como podem ser fataes á sua existencia e á da mãi. Muitas outras circumstancias podem produzir o mesmo resultado e, para sermos methodicos, á medida que formos tratando da parte que póde ser a séde

dessas rupturas e lesões, nos occuparemos de suas causas, symptomas, diagnostico e prognostico e do tratamento que mais convem.

I — Rupturas do utero

As rupturas do utero durante a gravidez são raras, tornando-se excepcionaes no começo da concepção. Durante a gestação, são devidas á uma violencia accidental ou á uma lenta alteração do utero. Em geral no maior numero dos casos este accidente tem sido observado durante o trabalho.

Joulin avalia a frequencia deste accidente de um sobre 1.500 á 2.000 partos; mas, a esse respeito as estatisticas dos autores não estão de pleno acordo.

Causas.— Dão os autores como causas das rupturas uterinas a multipariedade, os estreitamentos de bacia, o sexo masculino, admittido pelos autores inglezes; o adelgaçamento do orgão gestador, quer geral, quer parcial; o amollecimento das paredes uterinas, devidas á metrite chronica, á infiltração purulenta, á gangrena, á degenerescencia gordurosa, tuberculose, etc.; as resistencias exageradas do collo, os tumores da madre, as obliquidades uterinas; certos vicios de conformação do feto e em particular a hydrocephalia; o volume exagerado do feto, quer geral, quer parcial; as apresentações viciosas, principalmente a da espadua; os vicios de conformação do utero, uteros duplos; traumatismo, as manobras inhabeis e o emprego intempestivo do centeio espigado.

Como se vê, algumas dessas causas são predisponentes e outras determinantes.

Anatomia pathologica.— As rupturas uterinas podem situar em todos os pontos do orgão, no collo, no fundo, no corpo e nas

partes lateraes. Se o orgão está são, a ruptura se faz nas partes lateraes; mas se está alterado em qualquer ponto, é sobre elle que a ruptura se produz. Na occasião do parto, ella se dá principalmente para traz e para baixo e na maioria dos casos na parede posterior do orgão. A região em que se insere a placenta é raramente attingida, pois que não existe se não um caso referido por Delamotte.

Quando a ruptura expontanea se dá, naturalmente o tecido uterino está alterado e os elementos anatomicos que entram em sua composição, apresentam os caracteres do estado morbido.

Ordinariamente unica, póde attingir debaixo da mesma causa diversos pontos. No caso de Clark, havia 60 lacerações de face posterior do utero. Constituida em certos casos por uma simples perfuração, em outros adquire dimensões consideraveis, podendo ir á 8 centimetros e á mais. Algumas vezes a ruptura é tal que quasi separa o utero da vagina, podendo em certos casos abranger o collo, a vagina, o recto e a bexiga.

Em geral completa, isto é, comprehendendo as tres tunicas, se limita em alguns casos ás tunicas mucosa e muscular; porém em outros a tunica serosa é a unica lesada. Na primeira variedade, o féto póde, conforme a extensão da lesão, passar em totalidade ou em parte para a cavidade abdominal; entretanto isto nem sempre se dá e muitos factos o attestam.

A direcção das rupturas variam, pois que podem ser verticaes, horisontaes, obliquas e mesmo arredondadas.

A abundancia da hemorrhagia depende do ponto mais ou menos vascular em que se fez a ruptura e da extensão desta.

Modo de producção das rupturas. — Existem tres theorias para explicar a producção das rupturas: 1º A contracção é a unica causa da ruptura. Em presença do obstaculo á vencer, a contracção uterina redobra de energia, e a madre impotente para resistir á tão grandes esforços, rompe-se em um ponto qualquer; 2º A ruptura é devida ás manobras obstetricas, o perigo dessas manobras augmentando com a disproporção entre as partes

fetaes e o canal pelviano; 3º É a consequencia da compressão da parede uterina de um lado e as paredes da bacia de outro. Ha uma inflammação, um amollecimento e gangrena da parte comprimida, cujo resultado é a ruptura.

Symptomas e diagnostico. — A ruptura não apresenta prodomos e mesmo nos casos de alteração do tecido uterino a dôr fixa que alguns autores indicam, não tem senão um valor relativo. É durante uma contracção ou uma manobra obstetrica que a mulher sente uma dôr aguda, que a obriga á gritar e que differe essencialmente da que é produzida pela contracção. Essa dôr é acompanhada de uma sensação de despedaçamento e algumas vezes de um ruido surdo que, percebido pela doente, póde ser ouvido pelo parteiro. Se o feto passar para o abdomen, a mulher experimentará uma sensação de deslocamento. As contracções cessam e as dôres continuas succedem ás intermittentes. A face se altera, torna-se pallida, a pelle cobre-se de um suor frio, o pulso torna-se pequeno e imperceptivel, lypothymias e syncopes sobrevem, acompanhados de nauseas e vomitos. Apparece a dyspnéa, o zumbido do ouvido se manifesta e mesmo convulsões podem se patentear.

Para o lado do utero e do abdomen modificações importantes tem logar; o ventre muda de fórma, o utero torna-se muito doloroso pela pressão e si o feto passou para a cavidade abdominal, pela apalpação percebe-se partes fetaes. Em seguida o ventre se distende e toma uma fórma abaulada; pela vulva, sahe uma certa quantidade de sangue, algumas vezes minima e outras consideravel; ora puro, ora misturado de um liquido escuro sanioso. Na região hypogastrica formam-se tumores, ora devidos á penetração do ar no tecido cellular, ora á diffusão do sangue proveniente da ruptura, no mesmo tecido; estes signaes são considerados por alguns parteiros como pathognomonicos. Pelo tacto, chega-se á certificar que a parte que se apresentava tem desapparecido e com alguma attenção póde-se descobrir o ponto despedaçado. Emfim, ao estado que acabamos de descrever, póde

succeder uma calma enganadora, que não tardará á ceder o logar á symptomas graves, que indicam uma peritonite, ordinariamente mortal. A doente raramente resiste á este accidente.

Si em todos os casos de ruptura, estes symptomas fossem observados, o diagnostico seria facil; mas, desgraçadamente, nem sempre se manifestam com clareza e muitos delles faltam, collocando o pratico em um verdadeiro estado de duvida. Si durante o trabalho o diagnostico póde chegar á um certo gráo de precisão, durante a gravidez os phenomenos geraes que se observa, pertencem tambem á peritonite, que não permitte o estabelecimento do diagnostico differencial. Emfim, si em certos casos o exame nos revela signaes caracteristicos e pathognomonicos, em outros nada nos fornece, vendo-nos em certas circumstancias forçados á não proceder exploração alguma, em virtude do estado da doente.

Prognostico. — A ruptura uterina é um accidente quasi sempre mortal para a mãi e para o filho, que poucas ou nenhuma probabilidade de salvação terá, quando passar para a cavidade abdominal.

Quanto á mãi, entretanto, o prognostico varía conforme o modo de intervenção. Em 580 casos, Jolly reunio 100 casos de cura. Em 88 casos, em que o feto passou para o abdomen, e em que empregou-se um processo de extracção qualquer, notou-se 63 curas.

Em 191 casos de extracção de feto que não abondonou a cavidade uterina, teve-se 36 curas. (Charpentier).

Tratamento. — O tratamento consiste na expectação, na extracção do feto pelas vias naturaes e na gastrotomia.

A expectação está hoje completamente abandonada, salvo para as rupturas que sobrevêm nos primeiros mezes da gravidez.

Em 144 casos em que o parto foi entregue ás potencias naturaes, contou-se 142 casos de morte. (Charpentier).

A extracção pelas vias naturaes é o processo mais empregado e que mais adeptos conta. Si o feto não se deslocou, empregar-se-ha o forceps, o cephalotribo, os colchetes, conforme a bacia é normal ou estreitada. Si o feto tem passado em parte ou em totalidade para o ventre, temos que considerar dois casos e duas condições :

1.ª A bacia é normal e a chaga larga. Baudelocque empregou sempre o forceps, salvo se os pés forem encontrados perto do collo.

Em 12 casos teve 11 mortos e um successo. Ramboatham, pelo contrario, aconselha a versão, opinião abraçada por um grande numero de parteiros notaveis. Em 45, teve 12 curas e 33 insuccessos.

2.ª A chaga é larga e a bacia estreitada. Si o feto cessar de viver, recorre-se ao forceps e ao cephalotribo, mas não sem difficuldades. É preferivel fazer a versão e perfurar a cabeça desde que está fixa. Si o feto está vivo, devemos empregar a gastrotomia.

Podemos considerar ainda um outro caso. O feto está em parte fóra do utero, mas a chaga tem se retrahido. Os autores aconselham nestas circumstancias a gastrotomia, visto que a extracção pelas vias naturaes exigiria grande esforço ou o desbridamento da chaga pelo bisturi abotoado.

A gastrotomia é o meio operatorio que mais resultados apresenta, sobretudo quando o feto tem passado para a cavidade abdominal. Antes porém de pol-a em execução, empregaremos os outros processos, cuja indicação já estabelecemos com precisão. A occasião da intervenção é uma questão importante, pois que, no começo do accidente os successos são mais provocaveis. A peritonite deve ser combatida, mantendo-se a mulher debaixo da influencia do opio em alta dóse.

Terminando este artigo, transcrevemos as estatisticas de Trask e Jolly, que são favoraveis á gastrotomia.

Trask :

	Mortas	Curadas	Mortalidades
Gastrotomia.	77	22	24 %
Versão, preparação.	80	38	68
Não paridas artificialmente. . .	44	15	38

E Jolly :

	Casos	Mortas	Curadas	Cura
Não paridas.	144	142	2	1,45 %
Forceps.	115	101	14	12
Versão.	214	169	47	23
Sem indicação.	53	44	9	17
Gastrotomia.	38	12	26	68,4

II. — Rupturas da vagina

A vagina póde tambem ser a séde de lesões e rupturas, cuja extensão e gravidade variam naturalmente. Algumas vezes expontanea, outras é devida á introducção da mão e de instrumentos, a esquirolas, etc. Podem situar-se na parte superior, média e inferior. As rupturas da parte superior são ordinariamente dependentes da ruptura do utero, e por isso muitos autores as descrevem ao mesmo tempo. Apresentam os mesmos symptomas, os mesmos accidentes e exigem o mesmo tratamento. Quando as rupturas do fundo da vagina são expontaneas, tem uma direcção transversal, podendo separar-se completamente do utero. Quando traumaticas, affectam todas as direcções e fórmas. Deixam do mesmo modo que as rupturas uterinas, passar o feto em parte ou em totalidade na cavidade abdominal.

As rupturas da parte média e inferior não têm importancia alguma e podem passar desapercebidas.

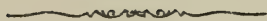
Assim como podem ser mortaes, podem tambem ser seguidas de cura, ainda mesmo que o feto tenha passado para o ventre, casos de Boer e Beel. No primeiro caso, certos symptomas

apparecem immediatamente, como a inflammação, a peritonite e a gangrena. No segundo ainda apparecem alguns desses accidentes, não offerecendo, comtudo, tanta gravidade. A essas rupturas succedem ás vezes fistulas vesico-recto-vaginaes, etc.

A extracção do feto deve ser feita pelas partes genitaes e só como fonte unica recorreremos á gastrotomia. A hemorrhagia é um accidente inevitavel, que não se procurará combater pelas injecções e pelo tampão. O pratico introduzirá apenas na vagina pedaços de gelo ou uma esponja embebida de um liquido gelado, sendo mantida por um fio.

As lesões de outras partes da vagina não offerecem tanta gravidade e não reclamam senão algumas injecções detersivas e antisepticas.

PROPOSIÇÕES

CADEIRA DE PHARMACOLOGIA

Das quinas chimico-pharmacologicamente consideradas

I

As quinas são cascas de muitas arvores do genero cinchona, da familia das Rubiaceas.

II

São originarias da America do Sul, estendendo-se á zona territorial em que crescem, desde Caracas (Venesuela) até Potosi (Bolivia).

III

O Codex admitte tres especies de quinas — a cinzenta, a amarella e a vermelha.

IV

A quina cinzenta (cinchona micrantha) é a que encerra maior quantidade de cinchonina.

V

A quina amarella (cinchona calisaya) é a mais rica em quinina.

VI

A quina vermelha (cinchona succiruba) representa o termo médio entre as duas primeiras relativamente á proporção de cinchonina e quinina.

VII

Os principaes alcaloides das quinas são representados pela quinina e seus isomeros, quinidina e quinicina; a cinchonina e seus isomeros, cinchonidina e cinchonicina.

VIII

Além desses alcaloides, obtem-se outros principios, como a aricina, o acido quinico, o acido quinotanico e a chinovina, que pharmacologicamente não tem a mesma importancia.

IX

As principaes propriedades physiologicas das quinas são: a tonica, a adstringente e a febrifuga.

X

A quinina, que é evidentemente o alcaloide mais importante das quinas, tem por formula $C^{40} H^{24} Az^{2} O^{4}$ (Caventou e Pelletier).

XI

A quinina é uma substancia branca, amarga, pouco soluvel n'agua, e francamente soluvel no alcool, no ether, no chloroformio em alguns oleos graxos, em muitos hydrocarburetos e particularmente na benzina.

XII

A quinina combina-se á diversos acidos e fórma saes crystalisaveis. Os mais empregados são o sulfato neutro e o sulfato acido, o valerianato e o bromhydrato.

XIII

O sulfato de quinina é de todos os saes da quinina o mais energico e efficaz.

XIV

Se em uma solução alcoolica de quinina ou em uma solução aquosa de sulfato desta base lançar-se agua chlorada e depois ajuntar-se ammonea, a solução toma uma bella côr verde esmeralda.

XV

A cinchonina cuja formula é $C^{40} H^{24} Az^{2} O^{2}$, é apenas soluvel em 2.500 partes d'agua fervendo e crystallisa, ora em grandes prismas quadrilateros, ora em agulhas prismaticas tenues.

XVI

A solução alcoolica de cinhonina é dextrogira e portanto inversa da quinina.

XVII

As cascas das quinas são empregadas em pó ou debaixo da fórma de preparações officinaes.

CADEIRA DE ANATOMIA TOPOGRAPHICA E MEDICINA OPERATORIA EXPERIMENTAL

Estudo critico dos tratamentos empregados contra os tumores do seio

I

O tratamento dos tumores do seio póde ser geral ou local.

II

O tratamento geral é ordinariamente palliativo e não exerce nenhuma acção curativa sobre os tumores de natureza diversa, excepção feita dos tumores syphiliticos que podem desapparecer mediante uma medicação adequada.

III

A medicação therapeutica palliativa que parece mais racional, consiste na administração dos narcoticos com o fim de acalmar as dôres, e dos reconstituintes para levantar as forças do doente.

IV

As preparações de iodo, de arsenico e de cicuta, recommendadas nos tumores benignos e malignos, fazem parte do tratamento palliativo que, na phrase de Follin, não passa de um tratamento moral.

V

O tratamento local é curativo ou palliativo.

VI

O tratamento local curativo consta de diversos meios, como os topicos resolutivos, a compressão, o esmagamento, a trituração, as injecções intersticiaes, a extirpação e a cauterisação.

VII

Os topicos resolutivos, como as pomadas mercuriaes, iodados, ioduretados, etc., não exercem acção alguma efficaz contra os tumores do seio, provocando em certos casos irritação e inflammação consecutiva.

VIII

A compressão, preconisada por Joung, é um methodo de tratamento pouco usado e absolutamente contra indicado nos tumores malignos. O seu uso não deve ser prolongado.

IX

O esmagamento e a trituração pouco justificaveis na pratica não tem sido sufficientemente empregado de modo á se poder emittir um juizo consciencioso sobre o seu valor. O primeiro se pratíca comprimindo o tumor contra o peito com uma força necessaria para se produzir rupturas multiplas em seu interior: o segundo introduzindo-se um tenotomo sob a pelle de maneira á despedaçar o tecido do tumor. (Follin).

X

As injecções irritantes intersticiaes, aconselhadas por Luton, não tem tambem merecimento algum.

XI

A extirpação constitue o methodo de tratamento por excellencia dos tumores do seio. Se em certos casos produz apenas uma cura temporaria, em um grande numero delles este methodo é coroado de um resultado definitivo.

XII

A extirpação é, todavia, contra indicada nos casos de uma das variedades do cancer, designada sob o nome de squirrho em couraça. Esta contra-indicação será maior quando os ganglios axillares estiverem invadidos em grande extensão e quando a cachexia fôr manifesta.

XIII

A extirpação pelo esmagamento linear e pela ligadura elastica é apenas aconselhada nos tumores de pequeno volume.

XIV

O bisturi, o galvano-cauterio, o thermo-cauterio, são os melhores processos para extirpação de qualquer tumor do seio. Se o galvano-cauterio e o thermo-cauterio previnem as hemorrhagias e alguns outros accidentes ulteriores, apresentam entretanto a inconveniencia de entreter uma longa suppuração e de retardar consideravelmente a cura.

XV

Deve-se pois preferir a extirpação pelo bisturi, reservando-se o galvano-cauterio e o thermo-cauterio para quando os individuos forem fracos e estiverem collocados em más condições hygienicas e a chaga resultante tiver de ser larga.

XVI

A extirpação da glandula mammaria póde ser parcial ou total conforme a natureza e o volume do tumor.

XVII

A cauterisação é um methodo de tramento que não apresenta resultados satisfactorios. Comprehende a *cauterisação em massa* e a cauterisação linear.

XVIII

Applicavel aos tumores ulcerados que dão logar a hemorrhagias, a cauterisação em massa constitue apenas um tratamento palliativo.

XIX

A cauterisação linear póde ser considerada uma especie de extirpação por meio de um caustico. Á esse processo se ajunta a *cauterisação em flechas*, que é um methodo lento, doloroso e de grandes inconvenientes.

XX

O tratamento palliativo é empregado no caso da doente recusar-se á toda operação ou do tumor ser inoperavel. Em taes condições limitar-se-ha ao emprego de alguns palliativos locaes, em attenuar-se certos symptomas peniveis e á combater certos accidentes.

CADEIRA DE PATHOLOGIA MEDICA

Febre remittente biliosa

I

Febre remittente biliosa é uma pyrexia que, sem consideração do typo e podendo revistir todos os typos, apresenta por caracter essencial e muitas vezes unico os symptomas pronunciados e persistentes do estado bilioso: ictericia, vomitos, evacuações e urinas deste estado, e por caracteres graves, os phenomenos cerebraes, hemorrhagicos e outros, que podem ser attribuidos á uma alteração do sangue pela bilis. (Dutrauleau).

II

Frequente no Rio de Janeiro e sobretudo no verão, a febre biliosa climatica accommette os individuos que expõem-se aos raios solares e abusam da alimentação e bebidas. Rara nos logares pantanosos não tem sido observada senão excepcionalmente no decurso da cachexia palustre. (Torres Homem).

III

Não quer entretanto o illustrado professor Torres Homem dizer que esta especie pyretologica seja independente da infecção palustre, pois que acredita que a febre biliosa dos paizes quentes tenha por causa a influencia reunida dos dois elementos morbidos: o elemento bilioso, que provém da acção lenta que exerce o clima sobre as funcções hepaticas e que imprime á molestia um cunho especial, e o elemento palustre, que se denuncía pela lesão

comcomittante do baço, e pela indeclinavel necessidade que tem o medico de recorrer á altas dóses de sulfato de quinina.

IV

Algumas vezes a febre remittente biliosa apresenta prodomos e outras, depois do calafrio inicial, apparece a febre, que toma o typo remittente.

V

A temperatura vai á 40° e a 40° e alguns decimos, a côr icterica torna-se visivel, a diarrhéa se manifesta e vomitos coloridos pela bilis apparecem.

VI

O figado e o baço hyperemiam-se e em certos casos, não tanto como nas outras especies paludosas, a splenalgia é encontrada.

VII

Em certos individuos excitaveis, póde-se observar no segundo dia um delirio manso, que torna-se mais sensivel para a noite.

VIII

Estes symptomas que denunciam a febre remittente biliosa, accentuam-se mais antes do primeiro septenario, e accidentes graves apparecem, como phenomenos ataxo-adynamicos, dependentes da intoxicação cholemica, e diversas hemorrhagias.

IX

A hematuria, segundo a observação do professor Torres Homem, é a hemorrhagia que mais commummente se manifesta no Rio de Janeiro no curso da febre biliosa climatica.

X

A albumina que é tambem um symptoma desta especie pyretologica, encerra grande gravidade.

XI

A febre remittente biliosa póde confundir-se com a febre amarella e com a hypatite parenchimatosa. O diagnostico differencial resultára da apreciação de cada symptoma e da marcha da molestia.

XII

O prognostico é em geral grave.

XIII

No tratamento da febre biliosa devemos favorecer a excreção biliar, que conseguiremos por meio de emissões sanguineas locaes, de vomitivos e purgativos; combater o elemento paludoso, administrando o sulfato de quinina, e neutralisar os effeitos da toxemia devidos aos principios da bilis, empregando os tonicos, os excitantes diffusivos, os antispasmodicos, os adstrigentes e os acidos vegetaes, principalmente o acido citrico.

Hyppocratis Aphorismi

I

Si mulier quœ neque gravida est neque peperit, lac habet, ei menstrua defecrint.

(Sect. V, Aph. 39.)

II

Si mulieri in utero gerenti purgationes prodeant, fœtum sanum esse impossibile.

(Sect. V, Aph. 60.)

III

Mulierem utero gerentem morbo quopiam acuto corripi lethale.

(Sect. V, Aph. 30.)

IV

Mulieri uterum gerentem, si lax copiosum e mammis effluat, fœtum imbecillem indicat. Quod si solidœ mammœ fuerint, valentiorem fœtum significant.

(Sect. V, Aph. 52.)

V

Lassitudines sponte obortœ morbos denunciant.

(Sect. II, Aph. 4.)

VI

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum denunciant.

(Sect. II, Aph. 3.)

Esta these está conforme os Estatutos.

Rio, 24 de Setembro de 1883.

Dr. Caetano de Almeida.
Dr. Benicio de Abreu.
Dr. Oscar Bulhões.